

※	常務理事	事務長	次長	合議	係
決					
裁					

記入例

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者氏名	<b>健康 保男</b>		記号	番号	
	生年月日	昭・平 35 年 3 月 5 日		2000	200	
	認定対象者の氏名	<b>健康 保男</b>		認定対象者の生年月日	昭・平35年 3月 5日	被保険者との続柄
	認定対象者の住所	〒 520-0807 <b>大津市〇〇 3丁目6番地</b>				
疾病名	1. 血友病 ②. 人口透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)					

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。		医師の証明です。必ず証明をもらって下さい。
	平成 23 年 4 月 1 日	医療機関の所在	<b>大津市△△10-1</b>
		医療機関の名称	<b>〇〇病院</b>
		医師名	<b>農協 一郎 (印)</b>

上記のとおり申請します。

平成 23 年 4 月 10 日

被保険者の住所 **大津市〇〇町3丁目**

被保険者の氏名 **健康 保男 (印)**

滋賀県農協健康保険組合 殿

受付印