

※	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	健康 保男		記号	番号	
	生年月日	昭・平・令 35年3月5日		2000	200	
	認定対象者の氏名	健康 保男		認定対象者の生年月日	昭・平・令 35年3月5日	被保険者との続柄
	認定対象者の住所	〒520-0807 大津市〇〇3丁目6番地				
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。
	令和 元 年 5 月 1 日		
	医療機関の所在	大津市△△10-1	
	医療機関の名称	〇〇病院	
医師名	農協 一朗 ⑩		

上記のとおり申請します。

令和 **元** 年 **5** 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** ⑩