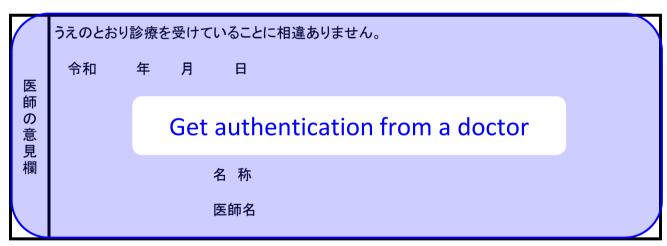
## Example

事 務 長	担 当	係
	事務長	事務長 担当

Please refer to the separate sheet for information about filling out this form.

## 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	被保険者氏名	1山口 太郎	被保険者証	記号	• 番号	
	及び生年月日	(昭和 50年 6月 1日)	の記号・番号	<b>21234</b>	<b>- 12345678</b>	
	認定対象者の		認定対象者	<mark>昭和</mark> 25年 5月 1日	被保険者 5	
	氏 名 3 — — —	の生年月日	4	との続柄		
	認定対象者の 住 所	<b>=</b> − <b>6</b>	TEL ( ) ※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。			
八する欄	7	7 ① 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全				
	傷病名	2. 血友病				
		3. 抗ウィ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、厚生労働大臣が定めているものに限る)				



上記のとおり申請します。

受付年月日

**8** 令和 \*\* 年 \*\* 月 \*\* 日

9

被保険者の 住所 \*\*県\*\*市\*\*町1-1-1

氏名 山口 太郎

- 1 Name and Date Birth of Insured Person
- 2 Health Insurance Card Symbol / Number
- 3 Name of Approved Person
- 4 Date Birth of Approved Person
- 5 Relationship
  - \* If applying for a child, do not simply write "Child" as the relationship. Instead, write "Eldest son", "Eldest daughter", etc.
- 6 Address (with Zip Code) and Telephone Number of Approved Person
  \* Please indicate the telephone number where you can be reached during the day.
- 7 Name of Illness orInjury Circle items that apply.
  - 1. Haemophilia
  - 2. Chronic nephritis who require artificial dialysis for an extended period
  - 3. AIDS receiving antiviral drugs (Limited to those specified by the Minister of Health, Labor and Welfare, including HIV infection)
- 8 Application Date
- 9 Address of Insured Person
- Name of Insured Person