

Example

常務理事	事務長	担当	係

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 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	① 山口 太郎 (昭和 50 年 6 月 1 日)	被保険者証 の記号・番号	記号 ・ 番号 ② 1234 - 12345678
	認定対象者の 氏 名	③ 山口 三郎	認定対象者 の生年月日	昭和 25 年 5 月 1 日 ④ 被保険者 との続柄 ⑤ 父
	認定対象者の 住 所	〒 - ⑥	TEL () ※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。	
	傷 病 名	⑦ ① 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病 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、厚生労働大臣が定めているものに限る)		

医 師 の 意 見 欄	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	Get authentication from a doctor 名称 医師名

上記のとおり申請します。

受付年月日

⑧ 令和 ** 年 ** 月 ** 日

被保険者の 住所 ⑨ ** 県 ** 市 ** 町 1 - 1 - 1
氏名 ⑩ 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 or Injury
 - 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
- ⑩ Name of Insured Person