

記入例

常務理事	事務長	担当	係

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	山口 太郎 (昭和 50 年 6 月 1 日)	被保険者等 の記号・番号	記号 1234	番号 12345678
	認定対象者の 氏 名	山口 三郎	認定対象者 の生年月日	昭和 25 年 5 月 1 日	被保険者 との続柄 父
	認定対象者の 住 所	〒 - - - - - 〇〇〇〇〇〇〇			
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委託する()			
	傷 病 名	① 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 ② 血友病 該当する項目に丸をつけてください。 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)			

お子様の申請の場合、
続柄は、「子」ではなく、
「長男」「長女」のように
記入してください。

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

医療機関の

医師の証明を受けてください。

名 称

医師名

※医療機関名等ゴム印を押印ください。

上記のとおり申請します。

令和 ** 年 ** 月 ** 日

受付年月日

被保険者の 住所 ****県**市**町1-1-1**

氏名 **山口 太郎**