**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<br>（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 | 〒　　－　　TEL　　（　　）<br>入してください。 | | | | |
| | 傷　病　名 | (1.) 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全<br>2. 血友<br>3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群<br>（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。

該当する項目に丸をつけてください。

| | |
|---|---|
| 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。<br>令和　　年　　月　　日<br>医療機関の<br>**医師の証明を受けてください。**<br>名　称<br>医師名<br>※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