

常務理事	事務長	担当

## 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者本人記入欄		氏名 及び 生年月日	被 保 険 者 証	
	被保険者	〇〇年 〇〇月 〇〇日	記 号	〇〇〇
		健保 太郎	番 号	〇〇〇
	認定対象者	〇〇年 △△月 △△日	被保険者との 続 柄	妻
		健保 花子		
認定対象者の 住 所	〒〇〇〇-〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地			
疾 病 名	1.人工透析治療を受けている慢性腎不全 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感染者を含む）			

医師証明欄	<p style="text-align: center;">上記の通り診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関所在地 医 療 機 関 名 医 師 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>
-------	---

上記の通り申請します。

〇〇 年〇〇月〇〇日

被保険者

住 所 〒〇〇〇-〇〇〇

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地

氏 名 健保 太郎

健保  
印

富士石油健康保険組合常務理事 殿

※ 健保記入欄

受 付 印

交 付 日	年 月 日
発効期日	年 月 日 から有効