

常務理事	事務長	担当

健康保険 特定疾病療養受領証 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	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 昭和 平成 47 年 10 月 12 日	被保険者証の記号番号	記号 1 番号 1234
	認定対象者の氏名及び生年月日	フリガナ ケンポ ヤスジロウ 健保 保次郎 昭和・平成・令和 17 年 9 月 11 日	被保険者続柄	父
	疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）		
	送付先住所	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ場合はチェックしてください。 ※被保険者の住所と異なる場合はご記入願います。 〒279-0000 千葉県浦安市舞浜99-999-909 電話 047 (345) 879		
上記のとおり申請いたします。 令和 1 年 11 月 8 日 住所 〒106-0000 東京都港区中央1-2-3 被保険者 電話 03 (1234) 5678 氏名 健保 太郎 アボット健康保険組合理事長 殿				

医師の意見欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。			
	令和 年 月 日			
	所在地	医師の証明欄		
	医療機関名			
医師氏名				

受付日付印