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

被保険者が記入する欄

被保険者氏名及び生年月日	ﾌﾘｶﾞﾅ　ケンポ　タロウ 健保　太郎 (昭和)・平成　４７　年　１０　月　１２　日	健康保険の記号番号	記号　１ 番号　１２３４
認定対象者の氏名及び生年月日	ﾌﾘｶﾞﾅ　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	被保険者との続柄	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	□　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

医療機関名

医師氏名

医師の証明欄

受付日付印