

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

提出日		平成 28 年 4 月 1 日					
被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 の記号番号	記号 1 *任継者は99	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ タロウ	被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日
		番号 〇〇〇		健保 太郎			4 9 0 7 2 1
	認定対象者 氏名	フリガナ ケンポ イチロウ	被保険者 との続柄	父	認定対象者 生年月日	昭和 平成	年 月 日
		健保 一郎					2 5 1 0 0 9
	認定対象者 住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住所をご記入下さい 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇					
疾病名	①人工腎臓（人工透析）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（いわゆる血友病） 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群						
上記の通り申請します。 平成 28 年 4 月 1 日 住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 被保険者 住所をご記入下さい 氏名 健保 太郎							
マクニカ健康保険組合 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。						
	平成 年 月 日						
	医療機関の	※通院している医療機関の医師の証明欄 (証明を受けてください)					
	医師名						
	電 話						

受付日付印