

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

健康保険  
特定疾病療養受療証  
交付申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	健保 拓哉	被保険者証 記号・番号	1234・56		
		昭・平 40年5月5日	事業所名	株式会社 大川酒造		
	認定対象者氏名 及び生年月日	健保 景子	認定対象者取得・ 認定年月日	(取得) 認定 昭・平・令 30年1月15日	被保険 者との 続柄	妻
	認定対象者 住所	〒 116 - 0001 東京都荒川区町屋〇-〇-〇 TEL 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				
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。)					

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。 令和 3 年 3 月 15 日  所在地 東京都荒川区西日暮里〇-〇-〇 医療機関の 名称 荒川総合病院 医師名 荒川 治二 TEL 03 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇
----------------------------	---

上記のとおり申請します。  
令和 3 年 3 月 23 日

住所 東京都荒川区町屋〇-〇-〇  
被保険者 氏名 健保 拓哉

受付日付印