

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 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	健保 拓哉 昭・平 40年5月5日	被保険者等 記号・番号	1234・56		
	認定対象者氏名 及び生年月日	健保 景子 昭・平・令 42年3月27日	事業所名	株式会社 大川酒造		
	認定対象者 住	〒 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 因子障害又は先天性血液凝固第 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
	医療機関の 所在地 東京都荒川区西日暮里〇 - 〇 - 〇 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

被保険者 住 所 東京都荒川区町屋〇 - 〇 - 〇
氏 名 健保 拓哉

受付日付印

適正な給付決定処理を行う為に個人情報を利用させていただきます。