

決裁日付印

決	常務理事	事務長	課長	係
裁				

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	被保険者等 記号番号	3 1 1 - 1 2 3 4 5	被保険者氏名 及び生年月日	健保 太郎 昭平令 2 年 10 月 25 日		
	認定対象者の 氏名	健保 花子		認定対象者 の生年月日	昭平令 3 年 8 月 13 日	続柄 妻
	認定対象者の 住所	東京都〇〇区△△町 1 - 2 - 3				
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群				

医 師 の 意 見 欄	認定日	令和 年 月 日
	上のおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医師名	

医療機関から「医師の意見欄」の証明を受けてください

上記のとおり申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 東京都〇〇区△△町 1 - 2 - 3

被保険者

氏名 健保 太郎

三井物産健康保険組合理事長 殿