

常務理事	事務長	係	係

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	大平 健太 昭・平 〇〇年 5月 25日	被保険者証の 記号及び番号	18-1234		
	認定対象者の 氏名	大平 健太	認定対象者の 生年月日	昭・平 〇〇年 5月 25日	被保険者 との続柄	本人
	認定対象者の 住所	〒 170 — 0003 東京都豊島区駒込〇-〇-〇				
	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因子障害等 3. 後天性免疫不全症候群				

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。					
	平成 〇〇年 1月 25日					
	医療機関の		名称	〇〇病院		
	所在地		東京都豊島区池袋〇-〇-〇			
医師名		〇〇 〇〇		印		

上記のとおり申請します。

平成 〇〇年 2月 1日

住 所 東京都豊島区駒込〇-〇-〇
被保険者
氏 名 大平 健太 印

(注意事項)

※ 被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、「被保険者証の記号及び番号」欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類等が必要です。)

(TK201701)