

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 | 派遣 太郎 大・昭平 55 年 5 月 5 日 | 記号・番号 | 5 0 0 0 | 1 0 0 0 0 |
| | 認定対象者の 氏名 | 健保 花子 | 認定対象者の 生年月日 | 大昭平 3 3 3 3 | 被保険者 との続柄 母 |
| | 認定対象者の 住所 | 〒 111-1111 東京都新宿区新宿 1 - 1 - 1 03 - 1111 - 1111 | | | |
| | 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. 血液凝固因子製剤による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 20 年 1 月 15 日 | | | |
| | 医療機関の 名称 | 派遣健保病院 | | |
| | 所在地 | 〒 333-3333 東京都中央区銀座 1 - 1 - 1 TEL 03-3333-3333 | | |
| 医 師 名 | 組合 次郎 (印) | | | |

上記のとおり申請します。

平成 20 年 1 月 15 日

住 所 東京都新宿区新宿 1 - 1 - 1
被保険者

氏 名 派遣 太郎 (印)

受付日付印

| 業務部長 | 審査リーダー | 担 当 |
|------|--------|-----|
| | | |