

受付	年	月	日
決定	年	月	日

決 裁		
常務理事	事務長	担当

**健康保険 特定疾病療養受領証 交付申請書**

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号一番号	—	被保険者の 資格取得日	昭・平	年	月	日
	被保険者氏名		生年月日	大・昭・平	年	月	日
	認定対象者名		生年月日	大・昭・平	年	月	日
	認定対象者 の住所	〒			被保険者 との続柄		
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行な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 (HIV感染を含み、厚生大臣の定める者に係るものに限る)					

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、事前に健保へご相談ください。

医 師 の 意 見 欄	上記の通り診療をうけていることに相違ありません。 平成 年 月 日
	医療機関名称
	医療機関の所在地
	医師名 <span style="float: right;">印</span>

上記の通り申請します。

平成 年 月 日

花王健康保険組合 殿

被保険者の住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印