

受付	年	月	日
決定	年	月	日

# 記入例

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	1 — 987654	被保険者の 資格取得日	昭 <b>平</b> 2 年 4 月 1 日	
	被保険者氏名	花王 太郎	生年月日	大 <b>昭</b> 平 40 年 1 月 20 日	
	認定対象者名	花王 華子	生年月日	大 <b>昭</b> 平 42 年 7 月 7 日	
	認定対象者 の住所	〒123-4567 東京都墨田区東西 1-2-3-456		被保険者 との続柄	妻
	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	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。 平成 25 年 1 月 5 日
	医療機関名称 <b>墨田病院</b>
	医療機関の所在地 <b>墨田区領国 1-2-3</b>
	医師名 <b>墨田 一郎</b> <b>印</b>

上記の通り申請します。

平成 25 年 1 月 20 日

花王健康保険組合 殿

被保険者の住所 **東京都墨田区東西 1-2-3-456**

被保険者氏名 **花王 太郎** **印**