

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

決 裁	常務理事	業務課長	係長	係員

健康保険
特定疾病療養受領証 交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名		被保険者証 記号・番号	記号		
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	番号		
	認定対象者氏名				被保険者との 続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日			
	認定対象者の住所					
	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 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	上記のと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				
	医療機関の所在地				
	医療機関の名称				
	医師の氏名				印
	電話番号 ()				

上記のとおり健康保険特定疾病療養受領証の交付を申請します。

令和 年 月 日

被保険者の住所

被保険者の氏名

印

東和銀行健康保険組合理事長 殿