

交付伺い	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者

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	健保 太郎 昭・平・令 45年 10月 22日	被保険者証の 記号及び番号	501-3001		
	認定対象者の 氏 名	健保 花子	認定対象者 の生年月日	昭 平 令 60年 4月 30日	被保険 者との 続柄	妻
	認定対象者の 住 所	〒422-△△△△ 静岡県駿河区駿府1-1				
	疾 病 名	①.人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。
	年 月 日
	名 称 医療機関の 所在地
	医 師 名

上記のとおり申請します。

令和 2 年 2 月 1 日

住 所
被保険者
氏 名

〒422-△△△△
静岡県駿河区駿府1-1
健保 太郎

静岡県信用金庫健康保険組合理事長 殿

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

[備考]