

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

被保険者が記入する欄	被保険者証等の 記号・番号	○ ○○○○○	被保険者氏名 及び生年月日	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保太郎 昭和・平成 51年 7月 31日
	認定対象者の 氏名	(フリガナ) ケンボ ヤスジロウ 健保保次郎 昭和 平成・令和 17年 9月 10日	被保険者 との続柄	父
	認定対象者の 住所	〒○○○-○○○ 神奈川県○○市○○町1-1 (電話) ○○○ (○○○) ○○○○		
	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 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に 係るものに限る。)		
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。 年 月 日 医療機関の 名称 医師の証明欄 所在地 医師名			

上記のとおり申請いたします。

令和 2 年 11 月 1 日

住所 東京都○○区○○町1-1-1

被保険者

氏名 健保太郎

日中連絡のとれる連絡先 ○○○ (○○○○) ○○○○

G L V健康保険組合理事長 殿