

交付日
令和 年 月 日
年 月 日
年 月 日

記入例

常務理事	事務局長	部長	係長	係

健康保険 特定疾病受療養受療証申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 氏名	健保 一郎 昭和平成3年 5月 7日	記号・番号	1234 - 567			
	認定 対象 者	氏名	健保 花子	生年月日	昭和平成令和 5年10月2日	続柄	妻
		住所	〒000-0000 東京都港区芝公園〇-〇-〇				
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行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					

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。 令和 2年 8月 10日
	名称 〇〇病院 医療機関所在地 東京都品川区東品川〇-〇-〇 医師名 自動車 次郎

上記の通り申請します。

令和 2年 8月 25日

被保険者 住所 〒000-0000

東京都港区芝公園〇-〇-〇

氏名 健保 一郎

東京都自動車整備健康保険組合理事長 殿

受付日付印