

受付年月日	平成	年	月	日
決定年月日	平成	年	月	日

決 裁	常務理事	事務長	主 管	担当者

健康保険 特定疾病療養受給証 交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	健康保険被保険者 記 号 ・ 番 号	記 号				番 号				
	被 保 険 者 氏 名									
	被保険者の生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	性 別	男	女		
	認定対象者の氏名						被保険者 との続柄			
	認定対象者の生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日	性 別	男	女		
	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因子障害また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（H I V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	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。								
	平成 年 月 日								
	名 称 _____								
	医療機関 _____								
	所在地 _____								
医 師 名 _____ ㊟									

上記のとおり申請します。

受付日付印

平成 年 月 日

〒 _____

住所

被保険者

氏名 _____ ㊟

日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿