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

記入例　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	2	8	○	○	番　号	○	○	○	○
被保険者氏名	健　保　慎之介									
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	健　保　静　香				被保険者との続柄	妻				
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（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

医療機関　名　称　東京都福生市青葉町○丁目○○番地

所在地　○○○○総合病院

医　師　名　○　○　○　○　(印)

上記のとおり申請します。

受付日付印

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

〒 ○○○－○○○○

住所　東京都○○市○○町○○丁目○○○番地○号

被保険者

氏名　健　保　慎之介　(印)

日本ケミコン健康保険組合　理事長　殿