

同年月日	令和 年 月 日	
この欄は記入しないでください。		
証番号	第 年 月 日	
標準報酬月額	月額適用(異動)年月	自己負担限度額
千円	令和 年 月	1. 10,000円 2. 20,000円

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 と こ ろ	被保険者証	記号	9901	ふりがな	けんぼ たろう		
		番号	123	被保険者の氏名	健保 太郎		
				生年月日	昭和・平成	48年5月17日	
	被保険者の現住所	〒136-0076 東京都江東区東砂 〇-〇-〇			TEL	03 (3680) 〇〇〇〇	
	事業所の名称	いくよ工業 株式会社			TEL	03 (1221) 〇〇〇〇	
	認定対象者	氏名	健保 太郎	生年月日	昭和 平成 令和	48年5月17日	被保険者との続柄 本人
	住所	〒136-0076 東京都江東区東砂 〇-〇-〇			TEL	03 (3680) 〇〇〇〇	
	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 書	上のおり診療を受けていることに相違ありません。 なお、診療開始日は					
	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			令和 3 年 7 月 7 日		
	令和 3 年 7 月 7 日					
	住所(所在地)	東京都千代田区神田神保町 〇-〇-〇				
医師	医療機関名	東京医療病院				
	氏名	北海 太一				
				TEL	03 (3291) 〇〇〇〇	

(備考)

受付日付印

※被保険者の記入欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

※医師の証明欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。