

受付	和暦	年	月	日
決定	和暦	年	月	日

常務理事	事務長		担当者

記入見本

受付日付印

健康保険特定疾病療養受領証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者氏名	健保 太郎	被保険者等	
	生年月日	和暦 S50年 1月 23日	記号番号	700 - 1234567
	認定対象者氏名	健保 花子	被保険者者	配偶者
	生年月日	和暦 S55年 1月 23日	との続柄	
	認定対象者住所	〒012-3456 ○○県○○市○○町1-2-3 フラテマンション456		
疾病名 (○を付してください)	①人工腎臓を実施している慢性腎不全 2.血漿分画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 証 明 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。			
	和暦 令和元年 5月25日			
	所在地	東京都新宿区西新宿1-2-3		
	医療機関 名称	健保クリニック		
医師名	医療 恭一			
上記のとおり、健康保険特定疾病療養受領証の交付を申請します。				
和暦 令和元年 6月1日				
被保険者住所	○○県○○市○○町1-2-3 フラテマンション456			
被保険者氏名	健保 太郎			
ファイザー健康保険組合理事長 殿				