

記入例

常務理事	事務長	担当	担当	担当

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者の 記号番号・氏名	記 号	100	番 号	1	氏 名	健保 太郎
事業所名称	トーテックアメニティ株式会社					
認定対象者の 氏名・続柄 生年月日・住所	氏 名	健保花子		続 柄	長女	生 年 月 日 平成2年8月1日
	住 所	〒 450-0000 愛知県名古屋市西区〇〇1-1-1 △△マンション***号室				
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 ※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。
	令和 年 月 日
	医 療 機 関 の 名 称
	医 療 機 関 の 所 在 地
	医 師 名

上記のとおり申請します。

令和2年7月1日

住所 愛知県名古屋市西区〇〇1-1-1 △△マンション***号室
被保険者 氏名 健保太郎

受 付 印

トーテックグループ健康保険組合 殿