発行年月日	年　　月　　日
標準報酬月額	千円
所得区分	

常務理事	事務長		係

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欄	被保険氏名	健保　太郎	被保険者等記号・番号		記　号	１０００
	生年月日	昭和 平成 令和　〇〇年△△月□□日			番　号	９９９９
	認定対象者の氏名	健保　花子	生年月日	昭和 平成 令和　〇〇年□□月××日		
	認定対象者の住所	〒　１２３－１２３４ 京都市・・・・・ TEL：　０７５－・・・・			被保険者との続柄	妻
	疾　病　名	(1) 人工透析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（いわゆる血友病） 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	上記の通り、診療を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 医療機関の　名　称 所在地 医　師　名　　㊞ 医師の証明をいただいてください。

上記の通り申請します。

令和□□年〇〇月△△日

被保険者　住 所　京都市・・・・

氏 名　健保　太郎　㊞

宝グループ健康保険組合理事長　殿

受付日付印