

常務理事	事務長	係長	担当者

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	被保険者証の 記号・番号	123 - 45	事業所の 名称	〇〇〇株式会社		
	被保険者氏名	健保 太郎	被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	54年 1月 23日	
	認定対象者の 氏名	健保 花子	認定対象者の 生年月日	昭和 平成 令和	60年 4月 16日	
	認定対象者の 住所	大阪市西区〇〇町1-3-5			被保険 者との 続柄	妻
	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 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害				

医師の 意見欄	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 元年 5月 7日					
	医療機関の	名称	〇〇病院			
		所在地	〇〇市〇〇町〇-〇			
	医師名	〇〇 〇〇				

上記のとおり申請します。

令和 元年 5月 10日

被保険者 住所 大阪市西区〇〇町1-3-5
氏名 健保 太郎

大阪機械工具商健康保険組合理事長 殿