

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			
	医療機関の所在地	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