

常 務	事務長	課 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	記号	1	番号	222222	被保険者氏名 及び生年月日	三 陽 太 郎 S・H 50年 1月 1日	
	認定対象者氏名 及び生年月日	三 陽 太 郎 S・H 50年 1月 1日			被保険者 との続柄	本 人	
	認定対象者の 住 所	〒012-3456 □□□県○○市×××町2-3-1					
	電 話 番 号	自宅	03-3333-4444		携帯	090-6987-1147	
	傷 病 名	1. 血友病 2. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I Vを含み、厚生労働大臣が定めるものに限る) 3. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全					

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。	
	平成 年 月 日	医師の証明をもらいます
	医療機関の 所在地	
	医 師 名	印

上記のとおり申請します。

平成 22 年 4 月 1 日

〒012-3456

被保険者住 所 □□□県○○市×××町2-3-1

TEL 03-3333-4444

氏 名 三 陽 太 郎 印

三陽商会健康保険組合理事長 殿