

(記入例)

麻生健康保険組合理事長 殿

決		済		
理事長	常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被保険者記入欄	被保険者氏名 生年月日	ふりがな けんぼ いちろう 健保 一郎	被保険者の記号番号 記号 番号 11 100	
	認定対象者の氏名	ふりがな けんぼ はるこ 健保 春子	認定対象者の生年月日 昭・平 10年 1月 1日生	続柄 母
	認定対象者の住所	〒 820-0003 飯塚市立岩12-34 TEL 0948 - 22 - 3333		
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群 (厚生労働大臣が定める者)		

医師の記入欄	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〒	〇〇病院 △△市△△町	
			TEL 092-111-222	
		医師名	〇 〇 〇 〇	

上記の通り申請いたします。

17 年 4 月 1 日

住所 〒 820-0003

被保険者の **飯塚市立岩12-34**

氏名 **健保 一郎**