

伺年月日	平成 年 月 日		
受療証交付決議書	発効期日	年 月 日	
	証番号	第 年 月 日	
	取	年 月 日	
標準報酬月額		月額の適用(異動)年	自己負担限度額
千円		平成 年 月	1. 10,000円 2. 20,000円

この欄は記入しないでください。

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ところ	被保険者証	記号	9901	ふりがな	けんぼ たろう	印	
		番号	123	被保険者の氏名と押印	健保 太郎		
				生年月日	昭・平 48年 5月 17日		
	被保険者の現住所	〒136-0076 東京都江東区東砂 〇-〇-〇		TEL 03 (3680) 〇〇〇〇			
	事業所の名称	いくよ工業 株式会社		TEL 03 (1221) 〇〇〇〇			
認定対象者	氏名	健保 太郎	男・女	生年月日	昭和 48年 5月 17日	被保険者との続柄	本人
	住所	〒136-0076 東京都江東区東砂 〇-〇-〇		TEL 03 (3680) 〇〇〇〇			
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群					

医療の意見書	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。 なお、診療開始日は			
	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	平成 29年 7月 13日		
	平成 29年 7月 13日	住所(所在地) 東京都千代田区神田神保町 〇-〇-〇		
	医師 医療機関名	東京医療病院		
	氏名	北海 太一	印	TEL 03 (3291) 〇〇〇〇

(備考)

受付日付印