

常務理事	事務長	課長	課長補佐	係

[受付]平成 年 月 日

[決定]平成 年 月 日

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	123-456	被保険者の 氏名及び 生年月日	健 保 太 郎 大・昭・平 40 年 7 月 1 日		
	認定対象者の 氏 名	健 保 康 太 郎	認定対象者の 生年月日	大・昭・平 18 年 1 月 1 日	続柄	父
	認定対象者の住所	〒 135-0001 東京都江東区錦糸 1-2-3				
	疾 病 名	1. 血友病 ② 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)				

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 22 年 3 月 10 日					
	医療機関の		名称	毛利医科大学附属病院		
			所在地	東京都江東区毛利 2-200		
			医師名	内科部長 山 井 直 印		

上記のとおり申請します。

平成 22 年 3 月 15 日

申請のあった月(組合に申請書が届いた日)の1日から
認定いたします。
月末の場合は特に注意して下さい。
例:申請(送付) 3/28 組合到着 4/2 認定 4/1 となります。

住 所 東京都江東区錦糸 1-2-3
被保険者 氏 名 健 保 太 郎

健
印

印刷製本包装機械健康保険組合理事長 殿