

健 保 組 合	
取 扱	決 定

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	健 保 番 号	6100 - 1234567		
		氏 名	日生 花子	生 年 月 日	Ⓢ H 32年1月13日
	認 定 対 象 者	氏 名	日生 花子		
		生 年 月 日	Ⓢ H R 32年1月13日	被 保 険 者 と の 続 柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> ()
		住 所	大阪市中央区今橋3-5-12		
	疾 病 名	①. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病 3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			

医 師 の 意 見 欄	上記認定対象者については、当医療機関の診療を受けていることに相違ありません。			
	2022年	8月	8日	
	医 療 機 関 の 名 称	日本生命病院		
	所 在 地	大阪市西区江之子島2-1-54		
	電 話 番 号	06-1234-5678		
	医 師 名	健保 太郎		

上記のとおり申請します。

2022年 8月 10日

被 保 険 者 住 所 大阪市中央区今橋3-5-12

氏 名 日生 花子