

# 記入見本

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	記号	1000	氏名	太陽 花子	
	番号	12345	生年月日	昭和・平成	26年 4月 10日
事業所	名称	太陽生命保険株式会社	所属	〇×支社	
	所在地	東京都城南区城西1-1-1			
認定対象者	氏名	太陽 花子	生年月日	昭和・平成	26年 4月 10日
	住所	〒111-1111 東京都城東区城東1-2-3			
	疾病名	① 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 または、先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 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)			

長女・二女の様に記入して下さい

該当する項目に、○をつけて下さい

医師の意見欄	上の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
	医療機関の	名称	医師証明欄 病院へ持って行き、記入・押印をしてもらって下さい。	
		所在地	医師名	

上記のとおり申請します。

平成	24年	5月	2日
住所	〒111-1111		
被保険者	東京都城東区城東1-2-3		
氏名	太陽 花子		

太陽生命健康保険組合理事長 殿

の枠内も記入・押印願います。