

- ◎ 医師の証明をもらい、大塚商会健康保険組合へ提出してください。
- ◎ 記入誤りがあった場合は、誤りの箇所に二重線を引いて そのうえに 正しいものを記入し、下記と同印を押してください。


(例) 大塚 はなこ
~~大塚~~ 三郎

- ◎ 交付申請書の発効年月日は、この申請書が健康保険組合へ届いた日の属する月の 1日 となります。

常務理事	事務局長	課長	担当者
	健康保険組合 使用欄		

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	被保険者氏名 及び生年月日	大塚 一郎 大・ 昭 ・平 50年 5月 5日	被保険者証の 記号・番号	1・12345
	認定対象者 の氏名	大塚 一郎	認定対象者 の生年月日	大・ 昭 ・平 50年 5月 5日 生
	認定対象者 の住所	埼玉県〇〇市〇〇 1-2-3-12345		
	疾 病 名	1. 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。 ② 人工腎臓を実施している慢性腎不全。〔透析開始 平成 年 月 日〕 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 厚生労働大臣の定めるものに係るものに限る。)		


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 20年 12月 12日		
	名 称	〇〇〇〇〇総合病院	
	医療機関の 所在地	東京都〇〇区〇〇 1-2-3	
	医 師 の 氏 名	田中 健一	

※医師の証明と捺
印が必ず必要で
す。

上記のとおり申請します。

大塚商会健康保険組合
理事長 殿

平成 20年 12月 12日

住所 埼玉県〇〇市〇〇 1-2-3-12345
 被 保 険 者
 氏 名 大塚 一郎 

押印忘れずに!!