

受付	平成	年	月	日
決定	平成	年	月	日

常務理事	事務長	担当者

記入見本

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 の 記 入 欄	事業所名	(株)資生堂	被保険者の 資格取得日	昭平 00 年00 月00 日	
	記号・番号	〇〇-00000			
	被保険者名	(従業員番号: 0000000) 花椿 太郎	生年月日	大(昭)平 00 年00 月00 日	
	認定対象者名	花椿 一郎	生年月日	大(昭)平 00 年00 月00 日	
	認定対象者の 住 所	〒135-0000 東京都江東区住吉〇-〇-〇		被保険者 との続柄	長男
	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（ 年 月 日導入） 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、厚生大臣の定める者に係わるものに限る）			

医 師 の 意 見 欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。	
	平成 年 月 日	
	は医師より必要事項を 記入してもらってください。	
	医療機関の 所在地	
	医師名	印

上記の通り申請します。

2008.10.01

平成 00 年 00 月 00 日

住所 東京都江東区住吉〇-〇-〇

被保険者の

氏名 花椿 太郎

花椿

資生堂健康保険組合理事長殿