

常務理事	事務長	部・課長	係長	主任	主務	係員

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

保険証の 記号番号		123 - 456		※健保組合記入欄				
				標準報酬月額	千円	自己負担 限度額	1万円・2万円	
被 保 険 者	氏名	健保 太郎		生年月日	昭 平	5年	5月	3日
	住 所	〒171-0014 東京都豊島区池袋〇-〇-〇						
	事業所名 事業所所在地	芝浦運送株式会社 〒108-0023 東京都港区芝浦〇-〇-〇						
認 定 対 象 者	氏 名	健保 花子		生年月日	昭 平 ・令	5年	5月	10日
	疾病名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>1.人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>2.血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害</p> <p>3.抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群</p> <p>(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係る者に限る。)</p> </div>						
受領証の送付先 ※〇をしてください		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>1.被保険者自宅 2.事業所</p> <p>3.その他</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> 住所・宛名 〒 </div> </div>						

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。 令和 4年 6月 1日							
	医療機関の所在地	〒170-0011 東京都豊島区池袋本町						
	医療機関の名称	池袋クリニック						
	医師の氏名	港 一郎						
電話番号	03-0000-0000							