

医師に証明を記入してもらってください

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	フリガナ	シニヤク イチロウ		被保険者証の記号番号	
	被保険者氏名	新薬 一郎		記号	番号
	生年月日	1990/3/31		46	1234
	認定対象者の氏名	フリガナ	シニヤク イチロウ	認定対象者の生年月日	続柄
			新薬 一郎	1990/3/31	本人
	認定対象者の住所	〒 601-8550 京都市南区吉祥院西ノ庄門口町 1 4 TEL 075-123-4567			
疾病名	<input type="checkbox"/> 1. 血友病 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 3. 後天性免疫不全症候群（厚生大臣が定める者）				

医 師 の 記 入 欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。		
		年	月 日
	医療機関の	名称	所在地 〒 _____
			TEL _____
	医師名	_____ (印)	

上記の通り申請いたします。

2021/4/19

被保険者の住所 〒 601-8550  
京都市南区吉祥院西ノ庄門口町 1 4  
氏名 新薬 一郎