

記入例

シナネン健康保険組合

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証		事業所名 (会社名)	生年月日		交付年月日	発効年月日
記号	番号	シナネン株式会社				
101	9999	被保険者氏名 品川 次郎	1昭 2平	40年 5月 1日	平成19年11月29日	平成19年11月 1日
特定疾病対象者氏名		性別	生年月日		続柄	住所
姓	名					
品川	花子	1男 2女	1明・2大 3昭・4平	38年 4月20日	妻	神奈川県横浜市●●区.....
疾病名 ※該当番号を丸 で囲ってください。	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群					

※ 申請者は、太線の枠内だけご記入ください。

医師の証明	1. 血友病と認定した日	平成 19年11月 21日
	2. 人工透析治療を開始した日	
	3. 抗ウイルス剤投与を開始した日	
	上のとおり診療を受けていることに相違ありません。 <p style="text-align: right;">平成 19年 11月 28日</p> <p>名称 神奈川県立●●●病院</p> <p>医療機関の所在地 神奈川県●●市●●.....</p> <p>TEL 99-999-9999</p> <p>医師名 川崎 三郎</p>	

受付

