

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

承認決議書			
常務理事	事務長	事務課長	担当
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		

大日本印刷健康保険組合御中

下記の通り申請いたします

被 保 者 記 入 欄	被保険者証	記号 XX	所 属	会社名 DNPXXXXX	被保険者 氏 名	健保 太郎 (社員番号 123456)		
		番号 9999		第2工場 部 XXXXX 課				
	被保険者住所	〒162-3252 東京都新宿区下落合3-5-12						
	認定対象者氏名	健保 花子	認定対象者 生年月日	XX年 12月 9日	被保険者 との続柄	妻		
認定対象者住所	〒 _____ 同上							
疾 病 名	<ul style="list-style-type: none"> 1. 人工透析を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第因子障害 又は 先天性血液凝固第・因子障害 等 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 							

XX年 5月 12日 提出

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。
	XX年 5月 9日
	医療機関 名称 東京通信病院 所在地 東京都千代田区富士見下5-36
	医師名 医師 山田 一郎

医師の捺印をお願いします。



日	年	月	日
決 定 日	年	月	日
交 付 日	年	月	日

エリアコード	事務担当