

常務理事	事務長			係

**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	被保険者氏名	フリガナ ヤマダ 一郎	被保険者証の記号番号	
	生年月日	山田 一郎	記号	番号
		昭平 40年10月15日生	10	1234
	認定対象者の氏名	フリガナ ヤマダ 一郎	認定対象者の生年月日	続柄
	山田 一郎	昭平 40年10月15日生	本人	
認定対象者の住所	〒 351-0111 埼玉県朝霞市本町1-2-3 048-1234-5678			
疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群（厚生労働大臣が定める者）			

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。			
	平成 14年11月1日			
	医療機関の名称	青山病院		
	所在地	〒105-0000 東京都港区青山1-2-3 03-1234-5678		
医師名	青山 一郎 (印)			

上記の通り申請いたします。

平成 14年11月20日

住所 〒 351-0111

埼玉県朝霞市本町1-2-3

被保険者の

氏名 山田 一郎

(印)

受付日付印