

健保捺印欄			
常務理事	事務長	室長	担当

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者氏名 及び生年月日	健 保 太 郎 1968年10月10日		被保険者証（日雇特例被 保険者手帳）の記号及び 番号	※ 1 - 100	
	認定対象者の 氏 名	健 保 花 子	認定対象者 の生年月日	1970年2月5日	被保険 者との 続 柄	妻
	認定対象者の 住 所	愛知県名古屋市東区泉1-23-22				
	疾 病 名	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				

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。					
	2019年 4月 15日					
	名称		名古屋中日病院			
	医療機関の 所在地		名古屋市南区北1-10			
医師名		医 学 進				

お医者様の証明が
必要です。

上記のとおり申請します。

2019年 4月 16日

住所 愛知県名古屋市東区泉1-23-22
被保険者

氏名 健 保 太 郎

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿