

Application Form for Certificate Issued for Specific Disease Treatment

特定疾病療養受療証 交付申請書

To be filled out by insured person		Health insurance card symbol/number		Establishment		Division	
被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	(記号) 0000	(番号) 000000	勤務先事業所	SWH	部 署	総務部
	被保険者名	健保 太郎		被保険者の 生年月日	〇〇年 〇月 〇日		
	認定対象者の 氏名	健保 一郎		認定対象者の 生年月日	〇〇年 〇月 〇日		被保険者 との続柄
	認定対象者の 住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		Date of birth of person subject to certification (YY/MM/DD)	〇〇年 〇月 〇日		長男
	疾病名	1. 血友病 — Hemophilia		2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全		3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症	
Name of sickness		Hemophilia		Chronic renal failure requiring dialysis		HIV infection caused by administration of blood coagulants	
医 師 の 意 見 書	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。						
	年 月 日						
	名称 医療機関の所在地 電話						
	医師名 印						
Doctor's opinion							
被 保 險 者 記 入 欄	上記のとおり申請します。		I hereby submit this application as described above.				
	〇〇年 〇〇月 〇〇日		Date (YY/MM/DD):				
	住所		〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
	被保険者 氏名		健保 太郎 印				
To be filled out by insured person		Insured person		Name		Seal	

※被保険者の印は、被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することができます

* The seal of the insured person may be omitted only when signed by hand by the insured person (applicant).

※健保処理欄	常务理事	事務長	担当者	月額	自己負担限度額	交付年月日
				千円	万円	