

健保捺印欄			
常務理事	事務長	室長	担当者

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 明・大・昭 35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	大 ・ 11年 2月 5日 昭	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一丁目23番22号				
	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				

※被保険者証の番号については個人番号の記載可

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。					
	平成 13年 10月 1日					
	名称		名古屋中日病院			
医療機関の		所在地				名古屋市中区北一丁目10番
医師名		医 学 進			印	

上記のとおり申請します。
平成 13年 10月 15日

お医者様の証明が
必要です。

〒 —
住所 愛知県名古屋市東区泉一丁目23番22号
被保険者
氏名 健 保 太 郎 ②

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿