

# 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	〇〇 〇〇	被保険者証の	記号	0000	
	及び生年月日	昭・平 〇 年 〇 月 〇 日	記号及び番号	番号	00000	
	認定対象者の氏名	〇〇 〇〇	認定対象者の生年月日	昭・平 〇 年 〇 月 〇 日	被保険者との続柄	妻
	認定対象者の住所	東京都〇〇区〇〇〇1-2-3		TEL	0000 ( 00 ) 0000	
	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. 後天性免疫不全症候群 (HIVを含み厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)				
透析開始日	令和 〇 年 〇 月 〇 日					
医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 医療機関の名称 〇〇〇〇病院 所在地 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 医師名 〇〇 〇〇〇					

上記のとおり申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

医師の記入  
が必要

提出日

被保険者

住所 東京都〇〇区〇〇〇1-2-3

氏名 〇〇 〇〇

年  
付 月  
受 日

西武健康保険組合理事長 殿

常務理事

事務長

取扱者

押 印 欄	事 業 所	所 属
-------------	-------------	--------

K19202105