

| 健 保 組 合 |     |     |
|---------|-----|-----|
| 常務理事    | 事務長 | 担当者 |
|         |     |     |

| 事業所担当者の確認印 |
|------------|
| 日付印        |

健康保険  
特定疾病療養受療証  
交付申請書

|                                 |                                                                |                          |   |   |   |                |                   |      |                    |     |            |  |  |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|---|---|---|----------------|-------------------|------|--------------------|-----|------------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者証の<br>記号・番号                                                | 記 号 番 号 (左づめで記入)         |   |   |   |                |                   | 事業所名 | 大阪〇×△(株)           |     |            |  |  |
|                                 |                                                                | 1                        | 2 | 3 | 4 | 5              | 6                 | 7    | 8                  | 所 属 | 〇×部 ◇◇グループ |  |  |
|                                 | 被保険者の<br>氏 名                                                   | 健 保 太 郎                  |   |   |   |                |                   | 生年月日 | 昭〇平・令 〇 年 × 月 △ 日生 |     |            |  |  |
|                                 | 被保険者の<br>住 所                                                   | 〒 123-4567 ◇◇府〇△市◇町×-×-× |   |   |   |                |                   |      |                    |     |            |  |  |
|                                 | 認定対象者の<br>氏 名                                                  | 健 保 太 一 郎                |   |   |   | 認定対象者の<br>生年月日 | 昭〇平・令 〇 年 × 月 △ 日 |      | 被保険者<br>との続柄       | 父   |            |  |  |
| 認定対象者の<br>住 所                   | 〒 123-0000 ◇◇府〇△市◇◇町×-×-×                                      |                          |   |   |   |                |                   |      |                    |     |            |  |  |
| 疾 病 名                           | ①. 血友病<br>2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全<br>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<br>師<br>の<br>証<br>明<br>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。 |        |              |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 令和 〇 年 × 月 △ 日            |        |              |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 医療機関の 所在地                 |        | ◇◇府〇△市◇◇町*-* |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 名 称                       |        | 〇〇〇病院        |  |  |  |  |  |  |  |
| 医師名                        |                           | 〇〇〇 〇〇 |              |  |  |  |  |  |  |  |

上記のとおり申請します。

令和 〇 年 × 月 × 日

住所 ◇◇府〇△市◇町×-×-×

被保険者 氏名 健 保 太 郎

OTG健康保険組合 殿

受付印