

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	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 と こ ろ	被保険者生年月日	昭和・平成 年 月 日	被保険者証の 記号・番号	—		
	認定対象者氏名及 び 生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日	続柄		
	認定対象者の住所	〒 Tel				
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 後天性免疫不全症候群(厚生労働省が定める者)				

医 師 の 意 見 欄	上記の通り診療をうけていることに相違ありません。				
	令和 年 月 日				
	名称 医療機関の 所在地				
	医師名				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所
被保険者
氏名

健康保険組合理事長 殿

受付日