

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	被保険者氏名及び 生年月日	昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日	被保険者証の 記号・番号	000-0000	
	認定対象者の氏名	健保 愛子	昭和・平成 ○○年 ○月 ○日	続柄	妻
	認定対象者の住所	〒 ○○県○○市○○町1-1 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	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。
	平成 年 月 日
	名称 医療機関の 所在地
	医師名 印

上記のとおり申請します。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

住所 ○○県○○市○○町1-1
被保険者 氏名 健保 太郎

健保

健康保険組合理事長 殿

受 付 日