

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日	被保険者証の 記号・番号	〇〇〇-〇〇〇〇		
	認定対象者氏名及 び生年月日	健保 愛子	昭和・平成・令和 年 月 日	続柄	妻	
	認定対象者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 Tel.〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
	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				
	医療機関の 名称 所在地				
	医師名				

上記のとおり申請します。

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1  
被保険者 氏名 健保 太郎

健康保険組合理事長 殿

受付日