

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	—	
	認定対象者の氏名		昭和・平成 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。				
	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
被保険者 氏名 印

健康保険組合理事長 殿

受 付 日