

常務理事	事務長	担当者

健 康 保 険
特 定 疾 病 療 養 受 療 証
交 付 申 請 書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者氏名 及び生年月日	年 月 日	被保険者証の記号・番号 記号 番号			
	認定対象者の 氏 名		認定対象者の 生 年 月 日	年 月 日	被保険者 との続柄	
	認定対象者の 住 所	〒				
	疾 病 名	1 血友病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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 師 の 意 見 欄	1 血友病と認定した日 2 人工透析治療を開始した日 3 抗ウイルス剤投与を開始した日	年 月 日
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 名 称 医療機関の 所 在 地 医 師 名 T E L	

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所
被保険者の 氏 名

印