

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

決		裁		

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欄	被保険者氏名 及び生年月日	明・大・昭・平 年 月	被保険者証の 記号及び番号	
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
	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. 後天性免疫不全症候群		

医師の意見欄	うえのとおり診療を受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 印

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所
被保険者
氏名

印

健康保険組合理事長 殿