

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

## 特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証		事業所名 (会社名)	生年月日		交付年月日		発効年月日	
記号	番号		1昭 2平 3令	年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
		被保険者 氏名						
特定疾病対象者氏名			性別	生年月日	続柄	住所		
姓	名							
			1男 2女	1大・2昭 3平・4令	年月日			
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						
※該当番号を丸で囲ってください。								

※申請者は、太線の枠内だけご記入ください。

医師の証明	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	令和 年 月 日
	上の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 TEL 医師名	印

受付
----