

常務理事	事務長			係

## 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 生年月日	フリガナ		被保険者証の記号番号	
				記号	番号
		昭・平 年 月 日生		10	
	認定対象者の氏名	フリガナ	認定対象者の生年月日		続柄
		昭・平 年 月 日生			
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がある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群（厚生労働大臣が定める者）				

医師の記入欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。				
	平成 年 月 日				
	名称 所在地 〒				
	医療機関の  医師名 <span style="float: right;">(印)</span>				

上記の通り申請いたします。

平成 年 月 日

住所 〒

被保険者の

氏名

(印)

/ 受付日付印