

| | | | |
|------|-----|----|--|
| 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

| | | | | |
|---------|--|-------------|------------|----|
| 被保険者記入欄 | 被保険者氏名 生年月日 | ふりがな | 被保険者証の記号番号 | |
| | | | 記号 | 番号 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 | | |
| | 認定対象者氏名 | ふりがな | 認定対象者の生年月日 | 続柄 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 | | |
| 認定対象者住所 | 〒 Tel | | | |
| 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。 | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | |
| | 名称 所在地 〒 | | | |
| | 医療機関の Tel 医師名 印 | | | |

上記の通り申請いたします。

令和 年 月 日

住所 〒

被保険者の 氏名

印