

常務理事	事務長		

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		被保険者の記号番号	
				記号	番号
		昭和・平成・令和 年 月 日生			
	認定 対象者の 氏名	ふりがな	認定対象者の生年月日		続柄
			昭和・平成・令和 年 月 日生		
	認定 対象者の 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				
	医療機関の名称				
	医療機関の所在地 〒				
	医師名				
	電話番号				

上記の通り申請いたします。令和 年 月 日

被保険者氏名
被保険者住所 〒