

常務理事	事務長		

**健 康 保 險
特 定 疾 病 療 養 受 療 証
交 付 申 請 書**

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者 氏 名 生年月日	ふりがな ----- 昭和・平成・令和 年 月 日生	被保険者の記号番号 記号番号 -----	
	認定 対象者 の 氏 名	ふりがな -----	認定対象者の生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日生 続柄	
	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 〒