

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 ----- 昭・平 年 月 日生	被保険者証の記号番号	
			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・平 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。			
	平成 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。

平成 年 月 日

住所 〒

被保険者の

氏名

(印)