

# 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	大・昭・平 年 月 日	記号・番号					
	認定対象者の 氏 名		認定対象者の 生年月日	大 昭 平	年	月	日	被保険者 との続柄
	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のある慢性腎不全 3. 血液凝固因子製剤による後天性免疫不全症候群						

医 師 の 意 見 欄	うえのとお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 医療機関の 所在地  医 師 名 <span style="float: right;">⑩</span>
----------------------------	--

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住 所  
被保険者  
氏 名 ⑩

受付日付印

業務部長	審査リーダー	担 当