

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日

決		裁		

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	明・大・昭・平 年 月 日	被保険者証（日雇特例被 保険者手帳）の記号及び 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 統 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			

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。				
	年 月 日				
	名 称 医療機関の 所在地				
	医 師 名 <span style="float: right;">㊟</span>				

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所  
被保険者  
氏 名 ㊟

健康保険組合理事長 殿