

常務理事	事務長	業務課長	係

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	被保険者証の記号 及び番号	記号	番号
	認定対象者の氏名		
	認定対象者の 生年月日	昭 平 令	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.	

医 師 の 意 見 書	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	医療機関の所在地
	医療機関の名称 担当医師名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

被保険者の

氏 名