

健 保 組 合	
取 扱	決 定

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	健 保 番 号	—			
		氏 名	生 年 月 日	S H	年 月 日	
	認 定 対 象 者	氏 名				
		生 年 月 日	S H R	年 月 日	被 保 険 者 柄 と の 続	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> ()
		住 所				
	疾 病 名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病 3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群				

医 師 の 意 見 欄	上記認定対象者については、当医療機関の診療を受けていることに相違ありません。				
	年 月 日				
	医療機関の名称				
	所在地				
	電話番号				
医師名					

上記のとおり申請します。

年 月 日
 被 保 険 者 住 所
 氏 名