

常務理事	事務長	担当

特定疾病療養受療証 交付申請書

平成 年 月 日 提出

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者氏名 及び生年月日	印	被保険者証の 記号・番号	—
	昭和 平成	年 月 日		
	認定対象者の 氏名		認定対象者の 生年月日	昭和 平成
			年 月 日	
	認定対象者名 の住所	〒		被保険者 との続柄
	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.抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生大臣の定める者に係るものに限る)		

医 師 の 意 見 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
			医療機関の	所在地
			医 師 名	印

上記の通り申請いたします。

平成 年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名 印

(ご注意下さい)

上記疾病により「都道府県・市区町村等」により医療の助成を受ける場合は、健康保険組合へ「医療助成の該当届」とその他必要書類を必ず提出してください。