

理事長	常務理事	主任	担当者

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		被保険者証 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 年 月 日 平	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. 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。
	<p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 ㊟</p>

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

被保険者住所

氏名

㊟

兼松連合健康保険組合 殿