

常務理事		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	昭・平・令 年 月 日	被保険者証の 記号・番号	-
	認定対象者 及び生年月日	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. 抗ウイ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	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 名称		
	所在地		
	医 師 名	印	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

氏名 印
 被保険者
 住所

東宝健康保険組合理事長 殿