

## 特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	(記号) 0000	(番号) 000000	勤務先事業所	SWH	部 署	総務部	
	被保険者名	健保 太郎		被保険者の 生年月日	〇〇年 〇月 〇日			
	認定対象者の 氏 名	健保 一郎		認定対象者 の生年月日	〇〇年 〇月 〇日		被保険者 との続 柄	長男
	認定対象者の 住 所	(〒000-0000 ) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1						電話 ( 000 ) 000 - 0000
	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. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症						

医 師 の 意 見 書	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。	
	年 月 日	
	名 称	
	医療機関の 所在地	
	電 話	
	医 師 名	印

被 保 險 者 記 入 欄	上記のとおり申請します。	
	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1
	被保険者 氏名	健保 太郎 <span style="float: right;">印</span>

※被保険者の印は、被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することができます

※ 健 保 処 理 欄	常務理事	事務長	担当者	月額	自己負担限度額	交付年月日
				千円	万円	