

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決 裁			

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	平成 年 月 日	被保険者証(日雇特例被保 険者手帳)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	平成 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.人工腎臓を実施している慢性腎不全 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	うえの通り診療を受けていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	名称 医療機関の 所在地
	医師名 印

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所
被保険者
氏名

東亜道路健康保険組合理事長 殿