受　付	年　月　日
決　定	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	明・大・昭・平　年　月		被保険者の記号及び番号		
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	大・昭・平　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. 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

住所
被保険者
氏名　印

健康保険組合理事長　殿