

受療証交付伺	同年月日	平成 年 月 日	決 裁					
			部 長	次 長	課 長	課長補佐	係 長	係
	決裁年月日	平成 年 月 日						
	標準報酬月額	千円						

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 年 月 日	記号・番号	-	
	認定対象者 氏 名		認定対象者 生年月日	昭・平 年 月 日	続柄
	認定対象者 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。	
	平成 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。

平成 年 月 日

住 所

被保険者の

氏 名

印

出 版 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿