

常務理事	事務長	係長	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 の 氏 名	認定対象者 の 生年月日	昭・平・令 年 月 日 生		
		被保険者との続柄			
	認定対象者 の 住 所				
疾 病 名	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 または 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害。 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全。〔透析開始 令和 年 月 日〕 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 名称 医療機関の所在地 医師 の 氏名 ㊟
----------------------------	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

大塚商会健康保険組合
理事長 殿

住所
被 保 険 者
氏名 ㊟

-受付日付印-