

# 健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

常務理事	事務長	担当者

交付	令和	年	月	日
----	----	---	---	---

下記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

申請日 令和 年 月 日

被保険者記入欄	被保険者記号番号	28 -		所属事業所						
	被保険者	氏名			印					
		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	認定対象者	氏名		
							生年月日	昭和 平成 令和	年	月
						被保険者との続柄				
疾病名	1. 血友病 2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全									
受療証送付希望先	〒 -									

医師の意見欄	上記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									
	医療機関の所在地									
	名称									
	電話番号									
医師名										
印										