

# 特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号		被保険者 氏名	⑩
		番号			
	認定対象者	氏名			
生年月日		昭・平・令	年	月	日
	住所	〒                      ー			
疾病名 (○をつける)	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 が 記 入 す る と こ ろ	上記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。				
	平・令          年          月          日				
	所在地				
	医療機関名称				
	医師の氏名 <span style="float: right;">⑩</span>				

ダイセル健康保険組合 理事長 殿				
上記のとおり、申請いたします。				
年          月          日				
被保険者		住所		
		氏名 <span style="float: right;">⑩</span>		

決定日	年          月          日		
標準報酬月額	常務理事	事務長	担当

健保組合受付

**ダイセル健康保険組合**