## 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				(FI)
		番号		氏名				<u>н</u> у
	認定対象者	氏名	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,				続柄	
		生年月日	昭・平・令	年 月	日		וויחלוו ז	
		住所	〒	_				
	疾病名	1. 血友病						
ると	(○をつける)	2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全						
ころ		3. 後天性免疫不全症候群						
		•						
医師	上記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。							
医師	上記のとお	り、診療	を受けているこ	とに相違ありま	せん。			
師が	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
師が記	上記のとお 所在地	り、診療・	を受けているこ	とに相違ありま		年	月	Ħ
師が記			を受けているこ	とに相違ありま		年	月	日
師が	所在地	名称	を受けているこ	ことに相違ありま		年	月	日
師が記	所在地 医療機関	名称	を受けているこ	とに相違ありま			月	Ħ
師が記入するところ	所在地 医療機関	名称		とに相違ありま			月	Ħ
師が記入するところダ	所在地 医療機関 医師の氏	]名称 :名 <sup></sup> 〕組合 理事	1長 殿	とに相違ありま		(II)		
師が記入するところダ	所在地 医療機関 医師の氏 でル健康保険	名称  名   	手長 殿	ことに相違ありま			月	日日

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