

特定疾病療養受療証交付申請書

健康保険証の氏名
の上をご覧ください

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号 番号	被保険者 氏名	⑩	
	認定対象者	氏名	この欄は、治療を受けている方について記入して下さい		
		生年月日	昭・平・令	年	月
	住所	〒			
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				

この欄は、主治医に記入を依頼してください

被保険者(本人)の署名・捺印

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

⑩

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