

受付	令和	年	月	日	決 裁	常務理事	事務長	係
決定	令和	年	月	日				

## 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	被保険者証記号・番号	被保険者氏名	被保険者の生年月日	
	—		昭・平	年 月 日
	認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日		被保険者との続柄
		昭・平・令	年 月 日	
	認定対象者の住所	(〒 — )		
疾 病 名	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. その他 ( )			
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 名 称 医療機関の 所在地 TEL 医師氏名			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

大建工業健康保険組合 理事長 殿

住所

被保険者

氏名

㊟