受　付	令和　　年　　月　　日
決　定	令和　　年　　月　　日

常務理事	事務長	担当者

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	被保険者氏名及び生年月日	昭・平・令　　年　月　日	被保険者証（日雇特例被保険者手帳）の記号及び番号			
	設定対象者の氏　　名		設定対象者の生年月日	年　月　日	被保険者との続柄	
	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				

医師の意見欄	うえ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　名称 所在地 医　師　名

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

被保険者　住所
氏名

健康保険組合理事長　殿