

常務理事		事務長		係	
------	--	-----	--	---	--

受付日付印

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		被保険者名		事業所名	
	認定対象者の 氏名		認定対象者の 生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄	
	認定対象者の 住所・電話番号	〒 () -				
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害				

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。					
	年 月 日					
	医療機関の 名 称 所 在 地 医 師 名					(印)

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

(印)

殿