

常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	係員

健康保険 特定疾病療養受領証交付申請書

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				
	—		昭和・平成 年 月 日				
	被保険者住所・電話番号		〒 - Tel ()				
	事業所	所在地	〒 -				
		名称					
	受診者	氏名				続柄	
		生年月日	5: 昭 7: 平 9: 令	年	月	日	性別 男・女
	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 が 記 入 す る 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					
	〒 -					
	医療機関の所在地					
医療機関の名称						
医師名						

上記のとおり申請します。

組合受付印