

常務理事	事務長	担当

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	氏名		被保険者証 の 記号及び番 号	記号	番号	
		昭和 平成 令和	年 月 日				
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
	認定対象者の 住 所						
疾 病 名 (1~3の該当する番号 に○を記入して下さ い。)	1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2 血友病(血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子障害) 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係わるものに限る)						

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
	医 師 名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者の 住所 〒

氏名

三井化学健康保険組合理事長 殿