

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	健保 太郎 昭・平〇〇年〇〇月〇〇日		被保険者証の記号・ 番号	〇〇 〇〇〇〇〇〇	
	認定対象者の 氏名	健保 花子	認定対象者 の生年月日	昭・平・令 〇年〇月〇〇日	被保険者 との続柄	妻
	認定対象者の 住 所	〇〇県〇〇市△△町3-2-1				
	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	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の名称</p> <p>所在地</p> <p>医師名</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;">         医師記入欄 押印不要       </div>
--------	---

上記のとおり申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者 住所 〇〇県〇〇市△△町3-2-1  
氏名 健保 太郎

蝶理健康保険組合 御中