

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	昭・平 年 月 日	被保険者証の記号・ 番号	
	認定対象者の 氏名		認定対象者 の生年月日	昭・平・令 年 月 日
	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	<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 style="text-align: center;">医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>
--------	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者 住所
氏名

蝶理健康保険組合 御中