

交付年月日 令和	年	月	日
発行年月日 令和	年	月	日

決		裁
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	S・H	年	月	日	被保険者証の 記号及び番号	—		
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	S・H R	年	月	日	被保険 者との 続 柄	
	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	うえのとおり診断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 名称								
	所在地								
医師名									

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所
被保険者 氏名

荏原健康保険組合理事長 殿