

受付	平成	年	月	日
決定	平成	年	月	日

決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	係員

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 及び年月日	大・昭・平 年 月 日	被保険者証の 記号及び番号	
	認定対象者の氏 名及び生年月日	大・昭・平 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	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。
	平成 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。

平成 年 月 日

被保険者 住 所
氏 名

㊟

愛知県情報サービス産業健康保険組合 殿