

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係員
裁						

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 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	昭・平・令 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 3、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。		

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。 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

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