

交付日	R 年 月 日
回収日	R 年 月 日
区分	上位 ・ 一般

決 裁				
常務理事	事務長	課長		担当者

## 健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証 記号番号	—		事業所 (会社)名	
被保険者 氏 名			生年月日	S・H・R 年 月 日
認定 対象者	氏 名			被保険者との続柄
	生年月日	S・H・R 年 月 日	性 別	男 ・ 女
	住所			
	疾病名	1.血友病 2.人口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		

医師の 意見欄	上記の通り診察を受けていることに相違ありません。			
	令和 年 月 日			
	医療機関名			
	所在地			
	医師名	(印)		
電話番号				

上記の通り申請致します。

令和 年 月 日

住 所

電話番号

被保険者氏名(自署)

(印)

大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿

所属事業所 確認印		