

常務理事	業務局長	部長	課長	係長	係

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	健康保険証の 記号・番号		被 保 険 者 氏 名 及 び 生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	
	認定対象者の 氏名及び 生年月日	明・大・昭 年 月 日		続 柄	
	認定対象者の 住 所	〒 ー			
	疾 病 名	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全(透析開始日 平成 年 月 日)			

医 師 の 証 明 欄	<p style="text-align: center;">うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>
----------------------------	---

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

被保険者 住所
氏名

印