

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日

決 裁				

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	明・大・昭 年 月 日	被保険者証（日雇特例被 保険者手帳）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	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 3. HIV 感染症			

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
	<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所  
被 保 険 者  
氏 名

㊟

殿