

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決裁	令和	年	月	日
常務理事	事務長	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 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者記号番号		被保険者氏名		被保険者生年月日	
	—				昭和 平成	年 月 日
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日		被保険者との続柄	
			昭・平・令 年 月 日			
	認定対象者 住 所					
	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 3. 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因子障害等				

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 所在地 医療機関の 名称 医 師 名 ⑩
----------------------------	--

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

住 所
被保険者 氏 名

⑩

日本貨物検数健康保険組合理事長 殿

受付日付印