

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	被保険者氏名 及び生年月日	昭和・平成 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	記号 番号第 号
	認定対象者の 氏 名		認定対象者の 生年月日	昭 平 令 年 月 日	被保険者 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			

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 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