

常務理事	事務長	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 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者氏名	被保険証記号・番号	
	及び生年月日	昭・平 年 月 日	
	認定対象者の 氏名及び 生年月日	昭・平・令 年 月 日	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. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)	

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
	名称
	医療機関
	所在地
	医 師 名 印

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

被保険者名 \_\_\_\_\_ 印

キューピー・アヲハタ健康保険組合理事長殿

健保使用経過欄	
受付年月日	
受付番号	第 号
決定年月日	