

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
	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
----------------------------	---

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

住 所

被保険者名

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	