

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日

常務理事			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 欄	被保険者氏名 及び生年月日	年 月 日		被保険者証 記 号 番 号		
	認定対象者の 氏 名		認定対象者の の生年月日	年 月 日	被保険 者との 続 柄	
	認定対象者の 住 所	〒				
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 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 3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V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。 年 月 日 名称 医療機関の 所在地 医師名
----------------------------	---

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所 〒

被保険者

氏名

藤倉コンボジット健康保険組合理事長 殿