

決 裁 日 付 印

決 裁	常務理事	事務長	課 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	被保険者等 記号番号										被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	認定対象者の 氏 名										認定対象者 の生年月日	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												

医 師 の 意 見 欄	認 定 日	令和 年 月 日									
	上の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											

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所

被保険者

氏名

三井物産健康保険組合理事長 殿