

受付年月日	年 月 日	健保決裁			事業所決裁		
決裁年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係	課長	係長	係
発効年月日	年 月 日						

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被保険者記入欄	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者記号・番号	—
	認定対象者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者との続柄	
	認定対象者住所			
	傷 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	上記に関し、	年 月 日	から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	
	医師の氏名		印

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所

被保険者

氏 名
(自署)

東洋製罐健康保険組合理事長 殿