

|        |      |     |      |     |
|--------|------|-----|------|-----|
| 決<br>裁 | 常務理事 | 事務長 | 課長・L | 担当者 |
|        |      |     |      |     |

受付 年 月 日  
 決裁 年 月 日

## 特定疾病療養受療証 交付申請書

|                            |  |   |            |       |
|----------------------------|--|---|------------|-------|
| 証<br>申<br>請<br>対<br>象<br>者 | 被保険者記号・番号                                  | — |            |       |
|                            | 被保険者の氏名                                    |   | 生年月日 S/H/R | 年 月 日 |
|                            | 認定対象者の氏名                                   |   | 生年月日 S/H/R | 年 月 日 |
|                            |  |   | 続 柄        |       |
|                            | 対象者の住所                                     |   |            |       |
| 申 請<br>傷病名                 | 1. 人工透析治療を行う必要を行う慢性腎不全<br>2. 血友病<br>3. HIV |   |            |       |

|                       |                                      |  |  |                |
|-----------------------|--------------------------------------|--|--|----------------|
| 医<br>師<br>証<br>明<br>欄 | 上記の者同病名のため、令和 年 月 日より治療中であることを証明します。 |  |  |                |
|                       | 医療機関の所在地                             |  |  |                |
|                       | 名称                                   |  |  |                |
|                       | 医師名                                  |  |  | Ⓜ [自署の場合は押印不要] |

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

事業所名：

被保険者名：

武田薬品健康保険組合 理事長 殿