

常務理事	事務長	係長	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欄	被保険者証の 記号・番号	—	事業所の 名称				
	被保険者氏名		被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	認定対象者の 氏名		認定対象者の の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	認定対象者の 住所					被保険 者との 続柄	
	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					

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						
	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

被保険者 住所
氏名

大阪機械工具商健康保険組合理事長 殿