

決		裁	
常務理事	事務長	課長	係員

受付	年 月 日
決定	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 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者証の記号 及び番号	—
	認定対象者の 氏 名	認定対象者 の生年月日	昭 年 月 日 平	被保険 者との 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 (H I V感染を含み、厚生大臣の定める者に係るものにかぎる。)		

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
	医療機関の 名 称 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

大阪府農協健康保険組合 殿