

常務理事	事務長		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	記号番号	—	事業所名称			
		氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	生
	適用対象者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	生
		被保険者との続柄			性別	男 ・ 女	
	適用対象者の住所及び連絡先		〒		TEL:		
	疾病名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病 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）					

医師の意見欄	<p>うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 〒</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>
--------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

住 所

被保険者

氏 名

印

ひかり健康保険組合理事長 殿