

健保捺印欄			
常務理事	事務長	室長	担当

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	明・大・昭 年 月 日	被保険者証（日雇特例被 保険者手帳）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	大 ・ 年 月 日 昭	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				

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。				
	平成 年 月 日				
	名称 医療機関の 所在地				
	医師名			印	

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住所
被保険者
氏名

印

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿