

常務理事	事務長	担当者	資格	取得 喪失	年 月 日	交付年月日	年 月 日
			発効期日		年 月 日	備考	

日鉄物産健康保険組合理事長 殿

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

							年 月 日
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者 氏 名 及び 生年月日	年 月 日 生	男 ・ 女	印
	事業所の名称				年 月 日 生		
	被保険者住所	〒 _____			電話 (_____)	_____	_____
	認定対象者 の氏名等	氏名		生年 月日	年 月 日	被保険者 との続柄	
	認定対象者 の住 所	〒 _____			電話 (_____)	_____	_____
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要にある慢性腎不全 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	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。	
	年 月 日	
	医療機関の所在地	
	医療機関の名称	
	医師の氏名・印	印

受 付 印