

決 裁	常務理事	事務長	課長・L	担当者

受付 平成 年 月 日

決裁 平成 年 月 日

## 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者証:記号・番号		—	
証 申 請 対 象 者	被保険者の氏名	生年月日	年 月 日
	認定対象者の氏名	生年月日	年 月 日
		続柄	
	対象者の住所		
申請傷病名	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. HIV。		

医 師 証 明 欄	上記の者同病名のため、平成 年 月 日より治療中であることを証明します。
	医療機関の所在地
	名称
	医師名
	印

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

事業所名 :

被保険者名:

印

武田薬品健康保険組合 理事長 殿