

平成	年	月	日	決裁
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・平 年 月 日
	認定対象者の 住 所	〒		
	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		

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

YKK健康保険組合理事長 殿