

年 月 日受付
年 月 日決定
標準報酬月額 千円
負担限度額 1万円・2万円

決 裁 印			
常務理事	事務長	係長	係員

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・令 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 の生年月日	昭 平 令	年 月 日	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。 令和 年 月 日 医療機関の 名 称 所在地 医 師 名	(印)
----------------------------	--	-----

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)

愛知紙商健康保険組合理事長 殿