

特定疾病療養受領証交付申請書

常務理事	事務長	担当

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 氏名		被 保 険 者 記 号 番 号	
	生年月日	昭和 平成 令和		年 月 日
	認定対象者 氏名		続 柄	
	認定対象者 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	認定対象者 住 所	〒		
	疾病病名	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. その他 ()		

医 師 の 意 見 欄	上記の通り相違ないことを証明する。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">令和 年 月 日</div>
	医療機関の所在地
	医療機関の名称
	医師の氏名