健康保険組合		
常務理事	事務長	係員

近畿日本鉄道健康保険組合　　御中

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	被保険者証等記号番号	記号		番号	
	被保険者氏名生年月日			事業所の名称	
		昭和 平成 令和　　年　　月　　日			
	住所	〒			
	認定対象者の氏名生年月日			被保険者との続柄	
		昭和 平成 令和　　年　　月　　日		性　別	男　・　女
	疾病名	1．人工透析治療を実施している慢性腎不全 2．血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			

医師の証明欄	上記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