

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	被保険者証記号番号	記号	番号	
	被保険者氏名	事業所の名称		
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	住所	〒		
	認定対象者の氏名	被保険者との続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別
	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
	名称 医療機関の 所在地
	医師名