

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	健 保 太 郎			事業所の名称	近畿日本鉄道株式会社			
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日				
	住所	〒 ○○○-○○○ ○○市○○区○○丁目○-○○							
	認定対象者の氏名	健 保 太 郎			被保険者との続柄	本 人			
生年月日	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	□□市□□町□□□番地		
		所在地	□□□□□□病院		
	医 師 名	□□□ □□□			

太枠内の青色文字は  
医師が記入します。