

健 保 組 合		
常務理事	事務長	担当者

事業所担当者の 確認印
日付印

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記 号 番 号 (左づめで記入)				事業所名	
						所 属	
	被保険者の 氏 名	㊞				生年月日	昭・平・令 年 月 日生
	被保険者の 住 所	〒					
	認定対象者の 氏 名		認定対象者の 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 証 明 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 所在地 名 称 医師名	㊞
----------------------------	--	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者 住所
氏 名

㊞

受付印付印

OTG健康保険組合 殿