

麻生健康保険組合理事長 殿

決		済		
理事長	常務理事	事務長	担当者	担当者

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 氏名 生年月日	ふりがな ..... 昭・平 年 月 日生	被保険者の記号番号 記号 番号	
	認定 対象者の 氏名	ふりがな ..... 昭・平 年 月 日生	認定対象者の生年月日	続柄
	認定 対象者の 住所	〒 Tel — —		
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群（厚生労働大臣が定める者）		

医 師 の 記 入 欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日
	医療機関の 名称 所在地 〒 Tel — — 医師名

上記の通り申請いたします。

年 月 日

住 所 〒

被保険者の

氏 名