

常務理事	事務長	部長		担当者	起案	・	・
					施行	・	・

交付番号 _____

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	被保険者証の 記号・番号	—	被保険者の 氏名及び 生年月日	昭・平 年 月 日			
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)						
	認定対象者 の氏名		認定対象者 の生年月日	昭・平 年 月 日		被扶養者 との続柄	
	認定対象者 の住所	〒 —					
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人口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 意 見 欄	上記のとおり受診していることに相違ありません。						
	平成 年 月 日						
	所在地 医療機関 名称						
	医師の氏名 ㊟						

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

大阪府電設工業健康保険組合
理事 長 様

受付日付印

住所
被保険者
氏名

㊟