常務理事	事務長	課長	係長	係

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ところ									
	被保険者記号番号	記 号	番 号	被保険者氏 名					
	住 所 連絡先	郵便番号	TEL						
	対象者氏 名		生 年 月 日	○5.昭和 ○7.平成	年	月	日	被保険者との続柄	
	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 （HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）							

医師の意見欄	
	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 所 在 地 電 話 番 号 医 師 名　　㊞

【注意事項】

○「被保険者が記入するところ」（太枠内）を全て記入してください。

○ 受療証は申請書受付日が属する1日から発効となります。

受 付 日 付 印

神奈川運輸業健康保険組合