

常務理事	事務長	担当者

## 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者の氏名及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者証の記号及び番号	—
	認定対象者の氏名及び生年月日	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. 人工透析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因子障害また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 (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	うえのとおり治療を受けていることに相違ありません。			
	令和 年 月 日			
	名称			
	医療機関の			
	所在地			
	医師名			印

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所

被保険者

氏名

印

ライフコーポレーション健康保険組合 殿