理事長	常務理事	事務長		担当者

健康保険特定疾病療養受給証交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="6">被保険者が記入する欄</td><td rowspan="2">被保険者</td><td>保険証NO</td><td>―</td><td>事業所名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>昭和
平成
令和</td><td>年　月　日生</td></tr>
<tr><td rowspan="2">適用対象者</td><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>昭和
平成
令和</td><td>年　月　日生</td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者との続柄</td><td></td><td>性　別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td colspan="2">適用対象者の住所
及び連絡先</td><td colspan="4">〒　　TEL：</td></tr>
<tr><td colspan="2">疾病名</td><td colspan="4">1.　人工腎臓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
又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>医師の意見欄</td><td>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

名　称
医療機関の
〒
所在地

医 師 名　　印</td></tr>
</table>

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

東洋水産健康保険組合理事長　殿