受　付	年　　月　　日
決　定	年　　月　　日

決　　裁		
常　務	部　長	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		被保険者の記号・番号	―
	事業所の名称		事業所の所在地	
	認定対象者の氏　　名		認定対象者の生年月日	年　　月　　日
	認定対象者の住　　所	〒	被保険者との続柄	
	疾　病　名 該当する数字を○で囲んで下さい	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 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		

医師の証明欄	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 医 師 名

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

被保険者　住 所　〒

氏 名

電線工業健康保険組合理事長　殿