

決 裁	常務理事	事務長	部 長	課 長	係

健 康 保 険
特 定 疾 病 療 養 受 療 証
交 付 申 請 書

被 保 険 者	記号・番号	-	事業所名	
	氏 名	【*記号・番号記入の場合は不要です。】		
		個人番号		

適 用 対 象 者	氏 名		続 柄	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性 別 男 ・ 女

送付先住所	〒 -	受取人連絡先
		TEL () -

疾病名	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
-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------

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。
	年 月 日
	医療機関の 名称 所在地 医師名

三重県農協健康保険組合 理事長様

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付申請をします。

年 月 日

〒 -

住 所

被 保 険 者 TEL () -

氏 名

※この申請書によって取得する個人情報、特定疾病療養受療証の交付および申請書に基づく統計分析を目的に利用します。