

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	

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う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