

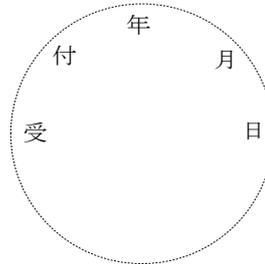
健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者証の 記号及び番号	記号 番号
	認定対象者の 氏 名	認定対象者 の生年月日	昭・平 令 年 月 日	被保険者 との続柄
	認定対象者の 住 所	TEL ()		
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群 (HIVを含み厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)		
	透 析 開 始 日	令和 年 月 日		
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。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 名 称 医療機関の 所 在 地 医 師 名 </div>			

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

西武健康保険組合理事長 殿



常務理事
事務長
取扱者

押 印 欄	事 業 所		所 属	
-------------	-------------	--	--------	--