

受付	平成	年	月	日
決定	平成	年	月	日

決 裁				
常務理事	事務長	部・課長	係 長	係

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	大・昭 年 月 日	被保険者証（日雇特例被 保険者手帳）の記号及び 番号		
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	大 ・ 年 月 日 昭	被保険 者との 続 柄
	認定対象者の 住 所				
	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．抗ウィ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	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。				
	平成 年 月 日				
	名 称 医療機関の 所在地				
	医 師 名				印

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

印

セメント商工健康保険組合理事長 殿