

常務理事	事務長	担当

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 険 者 本 人 記 入 欄		氏 名 及 び 生 年 月 日	被 保 険 者 証		
	被 保 険 者	年 月 日	記 号		
			番 号		
	認 定 対 象 者	年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄		
認 定 対 象 者 の 住 所	〒 ー				
疾 病 名	1.人工透析治療を受けている慢性腎不全 2. 血友病 3.抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染者を含む）				

医 師 証 明 欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。			
	年 月 日			
	医療機関所在地			
	医療機関名			
	医 師 名			印

上記の通り申請します。

年 月 日

被保険者 住 所 〒

氏 名

印

富士石油健康保険組合常務理事 殿

* 健保記入欄

交 付 日	年 月 日
発効期日	年 月 日 から有効

受 付 印