

決		裁	
常務理事	事務長		係

**健康保険  
特定疾病療養受療証  
交付申請書**

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の 記号・番号	記号 番号	被保険者の氏名 生年月日	S	H	年	月	日
	事業所の名称							
	認定対象者の 氏名		認定対象者 の生年月日			年	月	日
	認定対象者の 住所	〒						
	疾 病 名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病（先天性血液凝固第Ⅷ因子または第Ⅸ因子障害） 3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群						

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者の住 所 〒

氏 名

ヤンマー健康保険組合 理事長 殿

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
	名 称
	医療機関の所在地
	医師名
	電話番号 ( )