三重交通健康保険組合　御中

常務理事	事務長		係

健康保険特定疾病療養受領証交付申請書

被保険者記入欄					
記号	番号	被保険者氏名	事業所（営業所）		
		生年月日　年　月　日	名称		
			所在地		
認定対象者	氏名	生年月日	続柄		
		昭和 平成　年　月　日 令和			
	住所	〒　－			
	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

上記の通り診療を受けていることに相違ありません。

令和　年　月　日

所在地

病院名

医師氏名

電話番号　－　－

被保険者記入欄

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

住所　〒　－

被保険者氏名

電話番号　－　－

健保記入欄			受付印
交付年月日	令和　年　月　日		
発効年月日	令和　年　月　日		
有効期限	令和　年　月　日		
No.			

（R7.3版）