常務理事	事務長	課長	担当者

○の箇所を記入してください

特定疾病療養受療証交付申請書

申請日：　令和　　年　　月　　日

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号－番号 —		事業所名称		
	被保険者氏名	フリガナ 印を忘れずに ㊞		生年月日	昭和・平成　年　月　日
	認定対象者氏名	フリガナ	続柄	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
	認定対象者住所	〒		電話番号	
	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　血液凝固因子製剤による後天性免疫不全症候群 いずれかに○してください			
	自治体の助成を受けられる場合	自治体の助成を受けられる場合には記入してください			

医師の意見欄	医師に意見を記入してもらってから提出してください。

受　付　印

日研グループ健康保険組合