受	付	令 和	年	月	日
決	定	令 和	年	月	日

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

	被保険者所属 会社·部署名	会 社 名 部 室		課 G 内 4		
被保険者が		店		線 #	<u> </u>	
	被保険者氏名 及び生年月日			被保険者の 記号及び番号	_	
	次 0 エーバロ	昭·平 年	月 日			
	認定対象者の 氏 名		認定対象者の生年日日		被保険者 との続柄	
記	氏 名		の生年月日	年 月	日	
入する	認定対象者の	〒 −	電	話番号	()	
	住 所					
欄		1. 血友病				
	疾 病 名	2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全				

医	うえのとおり診察を受けていることに相違ありません。				
師	令和 年 月 日				
0	名 称 医療機関の				
意	所在地				
見	医師名				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

被保険者

電話

氏 名

大和証券グループ健康保険組合理事長 殿