

旭化成健康保険組合				

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	被保険者氏名・番号					
	対 象 者	氏 名			生年月日	S・H・R 年 月 日
		続柄		住所		
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全				

医 師 の 意 見 欄	上記の診療を受けていることを証明します。				
	令和 年 月 日				
	所在地				
	医療機関 名称 医師名				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者