

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	印			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者

印