

	常務理事			担当者

Umios健康保険組合御中

令和 年 月 日

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号番号		記号		番号	
	被保険者	氏 名				
		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	認定対象者 (使用者)	氏 名				
		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
		続 柄		性 別	男・女	
	認定対象者の住所		〒			
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				

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 医療機関の 所在地 名 称 医 師 名
------------	---

上記の通り申請します。
令和 年 月 日

住所
被保険者
氏名