

担 当	課 長	事務長	常務理事
-----	-----	-----	------

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

スズキ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者証 記号番号	—
	認定対象者氏名 及び生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者 との続柄	
	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 3. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等		

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。			
	平成 年 月 日			
	名称 医療機関の 所在地			
	医 師 名 ㊟			

上記の通り申請します。

平成 年 月 日

〒

住 所

被保険者 氏 名 ㊟

電 話 () —