常務理事	事務局長	課長	担当者

健康保険特定疾病療養受領証
交 付 申 請 書

被保険者が記入する欄	被保険者氏名及び生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	被保険者の記号・番号	・
	認定対象者の氏名及び生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	被保険者との続柄	
	認定対象者の住　　所	〒　　電話　　（　　）		
	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. 血液凝固製剤による後天性免疫不全症候群		

医師の意見欄	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 医療機関の　名 称 所在地 医 師 名　　㊞

上 記　の と お り 申 請 し ま す。

年　　月　　日

日本交通健康保険組合　理事長殿

住 所

被保険者

氏 名　　㊞

受付印