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	昭和･平成　　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･令　　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。 令和　　年　　月　　日 医療機関の　名称 所在地 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
電　話　（　　）　　－