

常務理事	事務長	係

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号		② 被 保 険 者 氏 名 と 生 年 月 日 (昭和・平成 年 月 日)	
	③ 認 定 対 象 者 の 氏 名		④ 認 定 対 象 者 の 生 年 月 日 及 び 続 柄	昭和 平成 年 月 日 令和 続柄
	⑤ 認 定 対 象 者 の 住 所 と 電 話 番 号	〒 — — — — —	TEL () — — — — —	
	⑥ 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 書	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。		
	令和 年 月 日		
		名 称	
		医療機関	
		所在地	
	医師名		印