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。

<table>
<tr><td rowspan="4">被保険者が記入する欄</td><td>①
被保険者証記号・番号</td><td>23</td><td>3456</td><td>②
被保険者氏名と生年月日</td><td colspan="3">ご本人の名前と生年月日
（昭和・平成　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td>③
認定対象者の氏名</td><td colspan="2">認定対象者の名前</td><td>④
認定対象者の生年月日及び続柄</td><td>昭和
平成
令和</td><td>認定対象者の生年月日</td><td>続柄</td><td>続柄</td></tr>
<tr><td>⑤
認定対象者の住所と電話番号</td><td colspan="7">〒　　－　　TEL（　　）　　－
認定対象者の住所と電話番号</td></tr>
<tr><td>⑥
疾病名</td><td colspan="7">1. 血友病
(2.) 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>医師の意見書</td><td>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

医療機関　名称
所在地

医師名　　㊞</td></tr>
</table>

2024.12.2