

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号一番号	—	生年月日		
			昭 平	和 成	年 月 日
	氏 名	(フリガナ)			
	住 所	(〒 —) 都道 府県			
電話番号	勤務先	-	-	日中(平日)に連絡がつく電話番号 を記入してください。	
	携帯・ 自宅等	-	-		

適 用 対 象 者	療 養 を 受 け る 方	氏名	生年 月日	昭 平 和 令	和 成 令	年 月 日
	疾病名 (該当する番号に○)	1 血友病(先天性血液凝固因子障害) 2 人工透析を受けている慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含む)				

医師に証明を受けてください。

医 師 の 意 見 欄	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 の 所 在 地				
	医 療 機 関 の 名 称				
	医 師 の 氏 名				
電 話 番 号	-	-	-	-	

希 望 送 付 先	「被保険者情報」欄に記入した住所以外の場所に送付を希望する場合 にご記入ください。			
	住 所	(〒 —) 都道 府県		
	宛 名	電話番号(—)		

受付日付印
