

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	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	昭和 平成 令和	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 電話番号(—)
	宛名	

受付日付印
