ENEOSグループ健康保険組合　御中

特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者記入欄	被保険者氏名及び生年月日	昭和・平成　年　月　日	記号	
			番号	
	認定対象者の氏名及び生年月日	昭和・平成　年　月　日	続柄	
	認定対象者の住所			
	疾病名 ※ ○で囲んで下さい。	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 透析開始日：平成・令和　年　月　日		

医師の意見記入欄	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　名称 所在地 医師名　㊞

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

被保険者　住所

氏名　㊞