共同通信社健康保険組合　殿

常務理事	事 務 長	事務次長	担　当

健　康　保　険
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 生年月日	ふりがな	被保険者証の記号番号 記　号	番　号
		昭和・平成・令和　年　月　日生		
	認定対象者の 氏　名	ふりがな	認定対象者の生年月日	続　柄
			昭和・平成・令和 年　月　日生	
	認定対象者の 住　所	〒 TEL　－　－		
	疾病名	1．血友病 2．人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 3．後天性免疫不全症候群（厚生大臣が定める者）		

医師の記入欄	上記の通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 所在地 〒 医療機関の TEL　－　－ 医師名　㊞

上記の通り申請いたします。

令和　年　月　日

住　所 〒

被保険者の

氏　名　㊞