

特定疾病療養受療証交付申請用
医師の証明

療養を受ける方の氏名	
療養を受ける方の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
疾病名（1から3の疾病に該当する□にレ点をし、特定疾病療養開始日をご記入ください）	
<input type="checkbox"/> 1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全（令和 年 月 日）	
<input type="checkbox"/> 2. 血友病（令和 年 月 日）	
<input type="checkbox"/> 3. 後天性免疫不全症候群（令和 年 月 日）	
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	
連絡先（電話番号）	印

※記入上の注意

1. 太枠の中を記入してください。
2. ペン又は、ボールペンで記入してください。（鉛筆書きは不可です）
3. 印は朱肉印でお願いします。

富士フイルムグループ健康保険組合