

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	担当者

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	保険証の 記号－番号	—	事業所名			
	氏名		生年月日	昭・平	年	月 日
	住所	〒 —				
	電話番号					
認 定 対 象 者	氏名		生年月日	昭・平・令	続 柄	
	傷病名 (番号に○をつけ てください)	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣が定めているものに限る)				

《医師の意見欄》

うえ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
名称
医師名
印

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者の 住所 _____

氏名 _____ 印

関東百貨店健康保険組合 御中

受付年月日