

決 裁 Approval	常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・L Leader	担当者 In charge

受付
決裁

年 月 日
年 月 日

特定疾病療養受療証
交付申請書
Application Form for Certificate Issued for Specific Disease Treatment

被保険者証:記号・番号 Health insurance card code/no.		—			
証 申 請 対 象 者 Applicant	被保険者の氏名 Name of insured person			生年月日 Date of birth (Y/M/D)	年 月 日 / /
	認定対象者の氏名 Name of person subject to certification			生年月日 Date of birth (Y/M/D)	年 月 日 / /
				続柄/Relationship	
	対象者の住所 Address of subject person				
	申請傷病名 Name of sickness/injury applied for	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全。 1. Chronic kidney failure requiring dialysis 2. 血友病。 2. Hemophilia 3. HIV。 3. HIV			

医 師 証 明 欄 Certification by doctor	上記の者同病名のため、 年 月 日より治療中であることを証明します。 This is to certify that the patient named above has been undergoing treatment for the condition named above since / / (Y/M/D).	
	医療機関の所在地 Address of medical care institution	
	名 称 Name of medical care institution	⑥ (seal) (自署の場合は押印不要) (No seal required with signature)
	医師名 Name of doctor	

上記のとおり申請いたします。
I hereby apply for the above certificate.

Date (Y/M/D): 年 月 日
/ /

事業所名 :
Employer

被保険者名 :
Name of insured person

武田薬品健康保険組合 理事長 殿
To: Chairman of the Board, Takeda Health Insurance Society