

記入例
Example of completed form

決裁 Approval	常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・L Leader	担当者 In charge
	記入不要 Leave blank			

受付
決裁

記入不要
Leave blank

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.		123 - 4567		
証申請対象者 Applicant	被保険者の氏名 Name of insured person	Taro Kempo	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	Hanako Kempo	生年月日 Date of birth (Y/M/D)	年 月 日 ○○ / ○ / ○
	対象者の住所 Address of subject person	〒○○○-○○○ 1-1 ___-cho, __, ___ Pref.		
	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	医師の証明が必要です。 Certification by a doctor is required.
	名称 Name of medical care institution	
	医師名 Name of doctor	(seal) (自署の場合は押印不要) (No seal required with signature)

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

年 月 日
Date (Y/M/D): ○○ / ○ / ○

事業所名 :
Employer _____ Industry Co., Ltd.

被保険者名 :
Name of insured person Taro Kempo

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