

記入例

	常務理事	事務長	課長・L	担当者
決 裁	記入不要			

受付 年 月 日
決裁 年 月 日

特定疾病療養受療証
交付申請書

証 申 請 対 象 者	被保険者記号・番号	123 — 4567	
	被保険者の氏名	健保太郎	生年月日 S/H/R ○○年 ○ 月 ○日
	認定対象者の氏名	健保花子	生年月日 S/H/R ○○年 ○ 月 ○日 続 柄 妻
	対象者の住所	〒○○○-○○○○ ○○府△△市××町1-1	
	申請 傷病名	1. 人工透析治療を行う必要を行う慢性腎不全 2. 血友病 3. HIV	

医 師 証 明 欄	上記の者同病名のため、令和 年 月 日より治療中であることを証明します。		
	医療機関の所在地		
	名称	医師の証明が必要です	
	医師名	⑤〔自署の場合は押印不要〕	

上記のとおり申請いたします。

令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

事業所名： ○○工業株式会社

被保険者名： 健保 太郎

武田薬品健康保険組合 理事長 殿