

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・リーダー Leader	担当者 In charge

受付 年 月 日
決裁 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)	S/H/R 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)	S/H/R 年 月 日 / /
	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、令和 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	Ⓢ [自署の場合は押印不要] (seal)	
	医師名 Name of doctor	(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.

令和 年 月 日
Date (Y/M/D): / /

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

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--

<提出先>

◎武田薬品の方は、SATO社会保険労務士法人福岡オフィス(宛先などは武田薬品健保ホームページに掲載)へ、武田薬品以外の方は各会社の健康保険事務担当者
に提出してください。

◎ If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee, send this form to the Fukuoka Office of SATO Social Insurance and Labor Attorney Corporation (refer to the Takeda Health Insurance Society website for the address and other details). If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section of your company in charge of health insurance administration.