

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

決		裁		
常務理事	事務長	課長補佐	主任	担当者

健康保険  
特定疾病療養受療証  
交付申請書

被保険者が記入する欄	事業所の名称	〇〇〇〇株式会社	所属	〇〇〇〇
	被保険者氏名及び生年月日	健保 太郎 昭・平・令〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者証の記号・番号	000 - 0000
	認定対象者の氏名	健保 愛子	続柄	妻
	認定対象者の住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇		
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全		
医師の意見欄	平成 年 月 日から治療を受けていること証明します。 令和 年 月 日 <b>医療機関にて証明を受けてください</b> 医療機関の所在地 医師名			

管理課長  
課長補佐  
主任  
課員  
所属長

上記のとおり申請します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〇〇県〇〇市〇〇  
被保険者氏名 健保 太郎



東武鉄道健康保険組合 理事長殿