

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	被保険者等の記号・番号	000 - 0000		
	認定対象者の氏名	健保 愛子	続柄	妻	生年月日	昭 平 令〇〇年〇〇月〇〇日
	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 医療機関にて証明を受けてください 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

(注) ・マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)には、受療証は発行されず、当組合での処理が完了次第、マイナ保険証での受診時に特定疾病情報が反映されます。