

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			所 属			
	被保険者氏名及び生年月日	昭・平・令 年 月 日		被保険者証の記号・番号		—	
	認定対象者の氏名		続柄	生年月日	昭平令	年 月 日	
	認定対象者の住所						
	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 令和 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 名 称 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 年 月 日

住所
被保険者
氏 名



東武鉄道健康保険組合 理事長殿