

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決 裁			
常務理事	事務長	所属長	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 記 入 欄	被保険者証記号・番号		16 01 - 123456	取得年月日	昭・平(令)〇〇年〇〇月〇〇日	
	被 保 険 者	氏 名	健康 太郎		性別	(男)・女
		生年月日	(昭)平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	標準報酬月額	000 千円	
	認 定 対 象 者	氏 名	健康 花子		性別	男・(女)
		生年月日	(昭)平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	続柄	妻	
認 定 対 象 者 の 住 所 ・ TEL	〒 000-0000 東京都〇〇区××1-2-3 TEL 0000-00-0000					
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	上のおり診療を受けていることに相違ありません。				
	令和〇〇年〇〇月〇〇日				
	医療機関の		名称	〇〇医院	
			所在地	〇〇県△△市3-5	
		医師名	組合 浩司		

上記のとおり申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 険 者 氏 名 健康 太郎

山崎製パン健康保険組合理事長 殿

交付年月日	令和	年	月	日
発効年月日	令和	年	月	日

受付年月日