

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 -	取得年月日	平成 令和 年 月 日		
	被 保 険 者	氏 名				性別	男・女
		生年月日	昭和 平成 年 月 日	標準報酬月額		千円	
	認 定 対 象 者	氏 名				性別	男・女
		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄			
	認定対象者の住所・TEL		〒  TEL				
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 年 月 日					
	名称 医療機関の 所在地					
	医師名					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被 保 険 者 氏 名

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