

決 裁			

受付	令和	年	月	日	標準報酬 月額	千円	自己負担 限度額	円
決定	令和	年	月	日				

健康保険
特定疾病療養受領証
交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	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					対象者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	認定対象者の 住所						
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全					

医 師 の 意 見 欄	上記のと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
	医療機関の 名称 _____
	所在地 _____
医師名 _____	

上記のとおり申請致します。

令和 年 月 日

被保険者 住所

氏名

帝人グループ健康保険組合 理事長 殿