

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

代筆・代理申請不可

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	被保険者の氏名・生年月日 昭・平・令 年 月 日	被保険者証 の記号・番号	保険証上部に記載の記号・番号を記入
	認定対象者の 氏名	申請する者の氏名を記入	対象者の生年月日 続 柄	昭和・平成・令和 申請する者の生年月日・続柄
	認定対象者の 住所	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 認定対象者の該当する病名に ○		

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	医師の証明欄 上記内容について証明ください。	
	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

被保険者の住所・氏名

帝人グループ健康保険組合 理事長 殿