| 常務理事 | 事務局 |
|---|---|
| | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | |

＊この線より上は請求者において記入しないこと

# 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 | | 記号・番号 | ― |
| | | □ 昭和　□ 平成　□ 令和<br>年　月　日 | 社員番号 | |
| | 認定対象者氏名及び生年月日 | | 対象者の生年月日 | □ 昭和　□ 平成　□ 令和<br>年　月　日 |
| | | | 続　柄 | |
| | 認定対象者の住所 | 〒　－<br>住所 | | |
| | 疾病名 | □　血友病<br>□　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。<br>令和　　年　　月　　日<br>医療機関の名称<br>所在地<br>医師名 |

上記のとおり申請いたします。
令和　　年　　月　　日

被保険者　〒　－
住　所
（請求者）　氏　名
TEL　－　－

帝人グループ健康保険組合　理事長　殿