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

代筆・代理申請不可

□の箇所は、該当部分に☑を付けてください

健康保険の記号・番号を記入

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 ☑ 昭和　□ 平成　□ 令和 50　年　12　月　1　日	記号・番号	1234　ー　1234567
			社員番号	12345
	認定対象者氏名及び生年月日	申請する者の氏名を記入 帝人　花子	対象者の生年月日	☑ 昭和　□ 平成　□ 令和 46　年　2　月　8　日
			続　柄	妻
	認定対象者の住所	認定対象者の住所 〒　123　－　4567 住所　愛媛県松山市北吉田町77番地	申請する者の生年月日・続柄（長男・長女、等）	
	疾病名	□　血友病 ☑　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 医師の証明欄 上記内容について証明ください。

上記のとおり申請いたします。
令和　5　年　5　月　8　日

被保険者（請求者）
〒　123　－　4567
住所　愛媛県松山市〇〇〇〇〇
氏名　帝人　太郎
TEL　XX　－　XXX　－　XXX

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