

記入例

常務理事	事務長	課長・L	担当者
記入不要			

受付 平成 年 月 日

記入不要

平成 年 月 日

特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者証:記号・番号	1 2 3 - 4 5 6 7			
証 申 請 対 象 者	被保険者の氏名	健保 太郎	生年月日	〇〇 年〇月〇 日
	認定対象者の氏名	健保 花子	生年月日	〇〇 年〇月〇 日
			続 柄	妻
	対象者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇府△△市××町1-1		
申請傷病名	①. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全。 2. 血友病。 3. HIV。			

医 師 証 明 欄	上記の者同病名のため、平成 年 月 日より治療中であることを証明します。	
	医療機関の所在地	医師の証明が必要です
	名 称	
医師名	印	

上記のとおり申請いたします。

平成〇〇 年〇月〇 日

事業所名 : 〇〇工業株式会社

被保険者名: 健保 太郎

健保印

武田薬品健康保険組合 理事長 殿