

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

九電工健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、健康保険特定疾病受療証の交付を申請します。

			申請日	令和	年	月	日	
申請者記入欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	個人番号(12桁)	左欄に「記号・番号」を記入の場合は不要			
	被保険者氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年 月 日
	住所 電話番号	〒(-)			日中に連絡可能な電話番号 (- -)			
	事業所 所属 社員番号	会社名	支店・営業所・部門			社員番号 ()		
	対象者者氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年 月 日
	疾病名 (いずれかに✓印)	<input type="checkbox"/> 1. 血友病 <input type="checkbox"/> 2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群						
	市町村からの助成 (いずれかに✓印)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(『あり』の場合) (円)					

医師の 証明欄	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 所在地
	名 称
医師の氏名	

事業所担当者名・受付日の記入、または押印
受付日:令和 年 月 日
社会保険労務士 確認欄

健保組合
担 当

健保組合 受付印