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

		年	月	日
提出日	令和			

	記号・	番号	(記号	1/7)	(番	号)			又は	個人番号											
被促	所属事		(会社	上名)					(支店・営	業 所•部門名	3)						((社員	番号)	
保険者欄	氏名	(フリガナ)				(名)				生年月日中に連		16	召和 平成		年		月			性別	□男□女
	住民票	の住所	Ŧ		_					な電話											
対	氏名	(フリガナ) (氏)				(名)				生年月	日		平成		年	T	月		目	性別	□男□女
象者	続柄			疾症		口力	立ウイルス	ス剤を搭	安与している	う必要のある 後天性免疫	慢性 不全	腎不	全	<u>'</u>	<u>'</u>			<u>'</u>			
	市区町村	寸からの具	助成	□ なし □ あり	/	りの場	合、助原	成額を	記入)				円								
		上記の	とおり)、診療	を受り	ナてい	ること	に相違	量ありませ	ん。											
	医師	令和	П	年			月		日												
	の 証		(医病	療機関)	所在	王地															
	明 欄				名	称															
					医師	币の氏	名														

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

健	康保険組	合
常務理事	事務長	担 当
0004 11 帳冊	N- 100	

健保組合	受付印	