健康保険　特定疾病療養受療証 交付申

実際に事業所へ提出日する日を記入してください。

九電工健康保険組合　理事長　殿

提出日	令和		年		月		日
			●	●	●	●	●

被保険者欄																
記号・番号	(記号)			(番号)					又は	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
所属事業所社員番号	(会社名) 株式会社●●●								(支店・営業所・部門名) ▲▲支店									(社員番号) 987654				
氏名	(フリガナ) キュウコウ			タロウ					生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成	●	●	年		●	月	●	●	日	性別	☑ 男 ☐ 女	
	(氏) 九工			(名) 太郎					日中に連絡可能な電話番号	000	—	0000	—	0000								
住民票の住所	〒 000 — 0000 ●●市▲▲区■■1－11－1																					

対象者																
氏名	(フリガナ) キュウコウ			ハナコ												
	(氏) 九工			(名) 花子					生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	●	●	年	●	●	月		●	日	性別	☐ 男 ☑ 女
続柄	妻	疾病名	☐ 血友病　☑ 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 ☐ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群													
市区町村からの助成	☑ なし ☐ あり	(ありの場合、助成額を記入) 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 医療機関に記入を依頼してください。 名　称 医師の氏名

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 担当者名　または　担当者日付印
社会保険労務士　確認欄	必要に応じて、社会保険労務士　記載

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保組合　受付印

2024.11　帳票No.102