

・ご記入いただいた個人情報は、表題の利用目的の範囲以外では使用いたしません。

決 裁	常務理事	事務長	担 当

受 付	令和	年	月	日
決 定	令和	年	月	日

インプット

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平	年	月	日	被 保 険 者 証	記号		
							番号		
	認 定 対 象 者	氏 名					被 保 険 者 と の 続 柄		
		生年月日	昭・平・令	年	月	日			
	住 所								
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療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					
	所在地					
	医療機関の 名 称 医師名					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

レゾナック健康保険組合常務理事 殿