・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
	健保組合使用欄		

健保組合使用欄

受　付	令和　　年　　月　　日
決　定	令和　　年　　月　　日

ｲﾝﾌﾟｯﾄ

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	健保　太郎 (昭)・平・令　56年7月8日		被保険者等	記号	123
					番号	456789
	認定対象者	氏　名	健保　はな		被保険者との続柄	母
		生年月日	(昭)・平・令　26年　3月　4日			
		住　所	○○県○○市○○町○○番地○○号			
	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 医療機関の 所在地　○○市○※町○※番地○※号 名　称　○※診療所 医師名　昭和　一郎

上記のとおり申請します。

令和　○○年○○月○○日

青字⇒申請者
赤⇒病院・医師
桃字⇒健保

被保険者
住　所　○○県○○市○○町○○番地○○号
氏　名　健保　太郎

レゾナック健康保険組合常務理事　殿