

事業所担当者印を忘れずに

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

| | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|----------|----------------|---------------------------|--------------|--------------|
| 事業所担当者印 印 | 被保険者の | | 生年月日 | | | |
| | 記号 | 番号 | 大正 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 5 | 2028999 | 昭和 平成 | 59 | 10 | 10 |
| 被保険者の 氏名と印 | (フリガナ) | ケンボ タロウ | | 事業所の | 名称 | コスモ石油 (株) |
| | ㊟ | 健保 太郎 | | 健保 | 所在地 | 東京都港区芝浦1-1-1 |
| 被保険者の 住所 | 郵便番号 | 105-0014 | (フリガナ) | トウキョウトミナトクシバ1チョウメ10バン11バン | | (電話番号) |
| | 東京都港区芝一丁目10番11号 | | | | | 03-3798-XXXX |
| 認定対象者の 氏名 | (フリガナ) | ケンボ ハナコ | | 生年月日 | 被保険者 との続柄 | 妻 |
| | | 健保 花子 | | 大正 昭和 平成 | 年 月 日 | |
| 認定対象者の 住所 | 郵便番号 | — | (フリガナ) | 同上 | | (電話番号) |
| | 同上 | | | | | 同上 |
| 疾病名 | 血友病 ・ 人工透析治療をおこなう必要のある慢性腎不全 | | | | | |

押印を忘れずに

被保険者の場合は記入不要です

医師の証明をもらってから提出してください

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。 | | | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関の | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| 医師名 | | | | | ㊟ |

上記のとおり申請します。

住所 〒105-0014
被保険者 東京都港区芝一丁目10番11号

必ず提出してください

氏名 健保 太郎

㊟

上記疾病により「都道府県・市区町村等」により医療の助成を受ける場合は、健康保険組合へ「医療助成の該当届」とその他必要書類を必ず提出してください。

平成 年 月 日提出

コスモ石油健康保険組合

| | | |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | |