

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係員

# 健康保険 特定疾病療養受給証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者証の 記号・番号	
	認定対象者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄	
	認定対象者の 住 所	〒 ー		
	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 3. 血液凝固因子製剤による後天性免疫不全症候群		

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
	名 称
	医療機関
	所在地
	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  
電 話 (       ) ー

東海地区石油業健康保険組合 殿

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄にマイナンバーを記入してください。  
被保険者証の記号番号を記載された場合は不要です。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備 考 欄	
-------	--