

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決		裁
常務理事	事務長	係

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	被保険者所属 会社・部署名	会社名 部署名 店	課・G			
	被保険者氏名 及び生年月日	氏名	昭・平	年	月	日
	被保険者証の 記号及び番号	—				
	認定対象者の 氏名	認定対象者 の生年月日	昭・平・令	年	月	日
	認定対象者の 住所	〒 — 電話番号 ()				
	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	うえのとおり診察を受けていることに相違ありません。					
	令和 年 月 日					
	名称					
	医療機関の 所在地					
	医師名 ⑩					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所

被保険者

電話

氏名

⑩

大和証券グループ健康保険組合理事長 殿