

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 大和証券(株)	課・G	〇〇課		
		〇〇支店	内線	# 〇〇〇—〇〇〇〇		
	被保険者氏名 及び生年月日	氏名	大和 太郎	被保険者証の 記号及び番号	〇—〇〇〇〇〇〇	
		昭平	45年 5月 1日			
	認定対象者の 氏名	大和 春子	認定対象者 の生年月日	昭平・令 20年 10月 1日	被保険者 との続柄	母
	認定対象者の 住所	〒 〇〇〇—〇〇〇〇 電話番号 045 (〇〇〇) 〇〇〇〇 神奈川県横浜市〇〇区〇〇町 5-6-7 〇〇マンション 805				
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	元	年	3	月 3 日
	医療法人〇〇会 〇〇総合病 院 名称				
	医療機関の 所在地 横浜市〇〇区〇〇〇 3-5-1				
医師名 中山 稔 (印)					

上記のとおり申請します。

令和 元 年 3 月 3 日 〒 〇〇〇—〇〇〇〇
住所 神奈川県横浜市〇〇区〇〇町 5-6-7
被保険者 〇〇マンション 805

氏名 大和 太郎 (印)

大和証券グループ健康保険組合理事長 殿