

# 健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

受付日付印		雇用保険	交付簿	個人台帳	証	DCC
日本無線健康保険組合 常務理事 殿		令和 年 月 日				
		常務理事		事務長		係
令和 X 年 X 月 X 日提出						
記号	1010	被保険者 氏名・性別		健保 太郎 (印)		
番号	99999	生年月日		(昭)・平 XX 年 X 月 X 日 / (男)・女		
被保険者 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3					
認定対象者の 氏名	健保 花子		認定対象者の 生年月日	(昭)・平・令 XX 年 X 月 X 日		
認定対象者の 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3			続柄	妻	
傷病名	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) 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群					
医師の 意見 欄	うえ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					
	所在地 医療機関の 名称 <b>医師の証明</b> 医師名 印					
事業所所在地	<未記入のまま各会社の健康保険担当窓口へご提出ください>					
事業所名称	<b>事業主の証明</b>					
事業主氏名	印					