

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

日本無線健康保険組合 常務理事 殿		受 付 日 付 印		伺 平成 年 月 日		
		常 務 理 事	事 務 長	係		
平成 XX 年 10 月 7 日提出						
記 号	1050		被 保 険 者 氏名・性別	千葉 茂一 印		
番 号	25		生年月日	昭 ・平 XX 年 2 月 7 日 男 ・女		
被 保 険 者 住 所	〒 141-0032 品川区大崎 1-3-5					
認定対象者の 氏 名	千葉 花子		認定対象者 の生年月日	昭 ・平 XX 年 6 月 13 日		
認定対象者の 住 所	〒 141-0032 品川区大崎 1-3-5			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. 抗ウイ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。 平成 年 月 日 所在地 医療機関の 名 称 医 師 名					
事 業 所 所 在 地 事 業 所 名 称 事 業 主 氏 名	<各会社の健康保険担当部門(人事部・総務部など)へご提出ください> 事業主の証明 印					