受付	令和　　年　　月　　日	決裁	常務理事	事務長	係
決定	令和　　年　　月　　日				

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	被保険者証記号・番号	被保険者氏名	被保険者の生年月日
	123　―　456	大建　太郎	㊐・平　○○　年　××　月　△△　日
	認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日	被保険者との続柄
	大建　花子	㊐・平・令　○○　年　××　月　△△　日	妻
	認定対象者の住所	（〒123　－　4567　） ○○市××町・・・・・・・・	
	疾　　病　　名	1．血友病　　※該当番号に○をして下さい。 ②．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3．その他（　　）	
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 医療機関の　名　称　○○病院 所在地　○○市××町・・・・・・ ※こちらは、病院で証明を。　ＴＥＬ　123－4567－8910 医師氏名　佐藤　二郎　㊞		

上記のとおり申請します。

令和　○○　年　××　月　△△　日

大建工業健康保険組合　理事長　殿

住所　○○市××町・・・・・・

被保険者

氏名　大建　太郎　㊞