黄色の欄・個所を全てご記入ください。
（無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります）

取扱者	事務長	常務理事

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者記入欄	被保険者 氏名 生年月日	ﾌﾘｶﾞﾅ ｹﾝﾎﾟ ﾀﾛｳ **健保 太郎** (昭)・平・令 **40年 1月 1生**		被保険者の記号番号 記号 **4000** 番号 **1234567**	
	認定対象者の 氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ｹﾝﾎﾟ ﾀﾛｳ **健保 太郎**	認定対象者の生年月日 (昭)・平・令 **40年 1月 1日生**	続柄 **本人**	
	認定対象者の 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 **〇〇県 〇〇市 〇〇〇** TEL **〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇**			
	疾病名	1 血友病 (2) 人工透析治療を行う 3 後天性免疫不全症			

＜記入時の注意事項＞
① 上欄「疾病名」と診断された証明として、**診断をした医師より記入・押印**してもらってください。
別紙による添付の場合、この欄に「**別紙添付**」とご記入ください。

医師の記入欄	上記の通り診療を受けていること **令和 年 月 日** ① 名称 **〇〇〇〇〇〇病院** 医療機関の 所在地 **〇〇県 〇〇市 〇〇〇〇〇** TEL **〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇** 医師名 **〇〇 〇〇〇** 印

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 **〇〇県〇〇市〇〇〇**

被保険者の

氏名 **健保 太郎** 印

四国電力健康保険組合

常 務 理 事 殿