

理事長	常務理事	事務長		担当者

健康保険 特定疾病療養受給証交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者	保険証NO	〇〇〇〇 — 〇〇〇〇	事業所名称	東洋水産(株)〇〇事業所						
		氏名	東洋 太郎	生年月日	昭和	〇	年	〇	月	〇	日生
	適用対象者	氏名	東洋 花子	生年月日	昭和	〇	年	〇	月	〇	日生
		被保険者との続柄	妻	性別	男	・	女				
	適用対象者の住所及び連絡先	〒 〇〇〇-〇〇〇〇			Tel: 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇						
	東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇-〇										
疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害										

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	病院の担当医師に記入してもらう						
	名称										
	医療機関の										
	〒										
所在地											
医師名											
印											

上記のとおり申請します。

令和 〇年 〇月 〇日

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇-〇

被保険者

氏名 東洋 太郎 印

東洋水産健康保険組合理事長 殿