

ブリヂストン健康保険組合			
係	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 が 記 入 が す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	健保 太郎 昭・平・令 ○年 9月 1日	保険証の 記号番号	(記号) 1111 (番号) 222222		
	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 ○年10月1日	被保険 者 との続柄	妻
	認定対象者の 住 所	〒106-0047 東京都〇〇区〇〇1-3				
	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				

被保険者のマイナンバー記載欄									
※被保険者の記号番号を記入した場合は不要です。									

記入は不要です

医師の 意見欄	医師より証明を受けてください								
------------	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり申請します。

令和 ○年 3月 10日

住所 東京都〇〇区〇〇1-3  
被保険者  
氏名 健保 太郎



ブリヂストン健康保険組合理事長殿