

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 43年 9月 △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 △年10月1日
	認定対象者の 住所	〒103-〇〇28 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		
	被保険者との続柄	妻		

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。

平成28年 12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