

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		保険証の	(記号)		
	及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	記号番号	(番号)		
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者との続柄	
	認定対象者の住所	〒				
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。									

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。					
	年 月 日					
	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。

年 月 日

住所
被保険者

氏名

印

ブリヂストン健康保険組合理事長殿