

健康保険特定疾病療養受療証 交付申請書

(被保険者が記入するところ)

被保険者証の				被保険者の氏名		フリガナ	
記号		番号					
被保険者の住所		〒 ー					
認定対象者の氏名				認定対象者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄
疾 病 名		1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全					

(医師の意見欄)

上記のとおり診療を受けていることについて、相違ないことを証明します。	
令和 年 月 日	
医療機関の所在地	
名 称	
医師の氏名	
印	

上記のとおり申請します。	
令和 年 月 日	
被保険者氏名	
印	
オークマ健康保険組合理事長 殿	

(健保使用欄)

標準報酬月額		常務理事		事務長		担当者	
千円							
受付年月日	入力年月日	決定年月日 令和 年 月 日から有効					
		交付年月日 令和 年 月 日					
		備 考					
		※ 申請手続きをした月の1日から有効					

オークマ健康保険組合