

健康組合使用欄	常務理事	事務長	担当者	受付月日

事業主側経由所属		
長	長	担当者

対象者の年齢	歳	標準報酬月額	千円	自己負担限度額	1万円 ・ 2万円
--------	---	--------	----	---------	-----------

健康保険  
特定疾病療養受療証  
交付申請書

関西電力健康保険組合常務理事 殿

被保険者が記入する欄	被保険者氏名及び生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者証(日雇特例被保険者手帳)の記号及び番号	
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭・平・令 年 月 日
	認定対象者の住所			
	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 3 後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生大臣の定める者に限る)		

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。			
	令和 年 月 日	名称		
		医療機関の所在地		
		医師名 <span style="float: right;">(印)</span>		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所  
被保険者  
氏名 (印)

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考欄】