

健保組合 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 健保太郎 30年 7月 2日	被保険者証(日雇特例被保険者手帳)の記号及び番号	5123456		
	認定対象者の氏名	健保太郎	認定対象者の生年月日	昭平 30年 7月 2日	被保険者との続柄 本人	
	認定対象者の住所	〇〇県〇〇市△△町1-1				
	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 元年 5月 1日	名称	〇〇病院		
	医療機関の	所在地	〇〇県〇〇市××町2-2		
	医師名	証明医師名	印		

上記のとおり申請します。

令和 元年 5月 1日

被保険者

住所 〇〇県〇〇市△△町1-1  
氏名 健保太郎 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】

(令和元年5月)