テルモ健康保険組合宛

# 特定疾病療養受領証交付申請書

| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 認定欄 |
|---|---|---|---|
| | | | 認定　可<br>認定不可 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者が記入する欄 | 被保険者氏名 | | | | 被保険者証記号　番号 | |
| | 生年月日 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成　　年　　月　　日 | | | | |
| | 認定対象者氏名 | | 続柄 | | 認定対象者生年月日 | 昭和<br>平成　　年　　月　　日 |
| | 認定対象者住所 | 〒 | | | | |
| | 疾病名 | 1．血友病<br>2．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全<br>3．その他（　　） | | | | |

| | |
|---|---|
| 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<br>年　　月　　日<br>医療機関名　名　称<br>所在地<br>医　　師　　名　　印 |

上記のとおり申請します。　（被保険者　又は　代理人）

年　　月　　日

住　所

氏　名　　印