

	常務理事			担当者

マルハニチロ健康保険組合御中

令和 年 月 日

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、右上角に記載してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号番号		記号		番号	
	被保険者	氏 名				
		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	認定対象者 (使用者)	氏 名				
		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
		続 柄		性 別	男・女	
	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				

医 師 の 意 見 欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。				
	令和 年 月 日				
	所在地				
	医療機関の 名称				
医 師 名					
⑩					

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

住所
被保険者
氏名

⑩