

決 裁			
常務理事	事務長		係

健 康 保 険  
特 定 疾 病 療 養 受 療 証  
交 付 申 請 書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号 1 番号 12345	被保険者の氏名 生年月日	健保 太郎 S H 58 年 5 月 5 日		
	事業所の名称	ヤンマー株式会社				
	認定対象者の 氏 名	健保 花子	認定対象者 の生年月日	S H 60 年 3 月 3 日	被保険 者との 続柄	妻
	認定対象者の 住 所	〒 123-4567 △△市××1-2-3				
	疾 病 名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病（先天性血液凝固第Ⅷ因子または第Ⅸ因子障害） 3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群				

上記のとおり申請します。

平成25 年 10 月 1 日

被保険者の 住 所 〒 123-4567

△△市××1-2-3

氏 名 健保 太郎



ヤンマー健康保険組合 理事長 殿

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。
	年 月 日
	医療機関にて証明をもらってください。
	医療機関の 所在地
	医師名 ( ) 電話番号 ( )