

決裁日	令和	年	月	日
常務理事	事務長	担当者	担当者	

交付日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

## 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

日本製紙健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

被 保 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の 記号一番号	—		被保険者の 氏名・印	印		
	被保険者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者の資格 を取得した日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	被保険者の 住 所	〒 _____ TEL _____					
	被保険者の 勤務する事業所	名 称					
		所在地					
	認定対象者 の氏名		認定対象者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	被保険者 との続柄		
	認定対象者の 住 所	〒 _____ TEL _____					
疾 病 名	1. 血友病                      2. 人工透析治療を行なう必要のある慢性腎不全						

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					
	医療機関の名称					
	医療機関の所在地					
医師の氏名						
印						

-----  
受 付 印