

秘 厳 秘 情 報  
複 製 禁 止

### 特定疾病療養受療証交付申請書

受 付	登 録	連絡先は業務時間内（9：00～17：00）に連絡が取れる番号（内線・PHS・外線等）をご記入ください。

再生紙（裏紙）の申請は不可

中部電力健康保険組合 常務理事 殿 令和 年 月 日 届出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証	被 保 険 者 氏 名	会社名・所属・連絡先	
	記 号	1	健保 太郎	〇〇（株）△△支店××部×G
	番 号	1 2 3 4 5		☎ ×××-××××-××××
	認 定 対 象 者 の 氏 名	生 年 月 日		続 柄
	健保 花子	昭和・平成 令和	48 年 7 月 7 日	妻
	認 定 対 象 者 の 住 所	〒000 - 0000 名古屋市〇〇区△△町××1丁目2-3		
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. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			

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	医療機関へ提出し、証明をお取りください。 (証明月の1日から適用となります。)
	医療機関の名称	
	所在地	
	医師名	