

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

豊田自動織機健康保険組合 御中

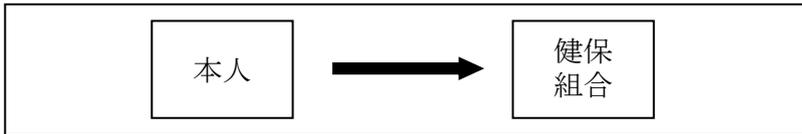
提出日 年 月 日

被保険者記入欄	保険証の記号番号	記号	番号	被保険者氏名			
	被保険者の住所・電話番号	〒 ー 都道府県			自宅TEL ()	-	
					携帯TEL ()	-	
	会社名						
	認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日			<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	被保険者との続柄
					<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
	認定対象者の住所	〒 ー 都道府県					
	疾病名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 抗ウィルス剤を投与している後天的免疫不全症候群(HIVを含み、厚生労働大臣の定めるものに限る)					

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
	医療機関の名称・所在地
	医師名 (自筆)

・記入はデータ入力またはボールペンで、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

・提出ルート



・個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用される場合があります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/contents/privacy/index.html> をご覧ください。

お問い合わせ先 〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地
 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ
 外線 0566-21-7784
 内線 70-4612

健保記入欄	決定事項	交付・却下 (理由)			
	発効年月日				
	交付年月日				
	自己負担限度額				
	決裁	常務理事	事務長	GM	担当

作業完了

健保受付印
