下記申請にもとづき次のとおり承認いたしたい。		常務理事	事務長	関係者	担当者
決裁年月日	令和　　年　　月　　日				

特定疾病療養受療証交付申請書

東北電力健康保険組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日

下記のとおり申請いたします。

☐ この届出は被保険者が内容を確認し作成しています

被保険者氏名	記号	番号	事業所名
フリガナ			

療養を受けた者の氏名	続柄	性別	療養を受けた者の生年月日	所属
フリガナ			昭 平　　年　　月　　日 令	

認定対象者の住所	〒　　－ TEL（　　）　　－
傷　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. その他（　　）
他制度から助成を受けているかどうか。	1. 受けている 2. 受けていない

医師証明欄	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　　医療機関名 所 在 地 医 師 氏 名

(1) 記載できる欄はもれなく記載し，空欄は斜線を引いて下さい。