

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			被保険者証番号		事業所名
フリガナ			記号	番号	
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。