

三菱重工健康保険組合理事長 殿

保険証の氏名の上にある番号を記入願います。

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者記入欄	被保険者証 記号番号	1 - 999999		事業所名	三菱重工業(株) 本社	
				連絡先	03-6716-1111 (内線 8-30-1111)	
	被保険者	氏名	三菱 太郎			
		生年月日	昭・平 40 年 12 月 3 日			
	認定対象者	氏名	三菱 二子	続柄	妻	
生年月日		昭・平 41 年 11 月 1 日				
住所		〒123 - 4567 東京都世田谷区駒沢 1 - 1 - 1				
疾病名		1. 血友病 2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群 (厚生大臣が定める者)				
受療証の 送付先	事業所経由 <input checked="" type="checkbox"/> その他	本社 人事部 グループ 本人宛構内メール				
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。 平成 年 月 日 医療機関 名称 所在地 電話番号 医師名					
被保険者 記入欄	上記のとおり申請します。 平成 22 年 10 月 1 日 住所 東京都世田谷区駒沢 1 - 1 - 1 被保険者 氏名 三菱 太郎					

医師の意見欄に記入してください。

記名・捺印願います。

【注意】発効期日は受付した月の 1 日となりますので、提出日にご注意願います。

組合記入欄	受付日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	係
	決定日	平成 年 月 日			
	交付日	平成 年 月 日			
	自己負担限度額	1 万円	2 万円		
	備考				