

理事長	常務理事	事務長	担当者

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

三菱マテリアル健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号と番号	—		被保険者氏名 と生年月日	T・S・H	年	月	日
	事業所名							
	認定対象者の 氏名		認定対象者の 生年月日	S ・ H	年	月	日	被保険者との 続柄
	認定対象者の 住所	(郵便番号) 〒 — (TEL)						
	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						

医 師 の 意 見 欄	上の通り診療を受けていることに相違ありません。							
	平成 年 月 日							
	名称							
	医療機関の 所在地							
	医師名 ㊟							

上記の通り申請します。

平成 年 月 日

住所

被保険者

氏名 ㊟

三菱マテリアル健康保険組合

理事長

殿

受付日付印

※個人情報の取り扱いについて

この申請書に記載されている個人情報は、この手続き等に関する業務に利用します。
この書類の提出は、事業主を経由して届け出ることと同意されたものとして処理します。

[平成17年8月 改訂]