

決 裁			
常務理事	事務長		係

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	被保険者の 記号・番号	記号 1 番号 12345	被保険者の氏名 健保 太郎	生年月日	S H 58年5月5日
	事業所の名称	ヤンマーホールディングス株式会社			
	認定対象者の 氏 名	健保 花子	認定対象者 の生年月日	S 60年3月3日	被保険 者との 続柄 妻
	認定対象者の 住 所	〒 123-4567 △△市××1-2-3			
	疾 病 名	① 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病（先天性血液凝固第Ⅷ因子または第Ⅸ因子障害） 3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			

上記のとおり申請します。

2024 年 4 月 1 日

被保険者の 住 所 〒 123-4567
△△市××1-2-3
氏 名 健保 太郎

ヤンマー健康保険組合 理事長 殿

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	
	名 称	医療機関にて証明をもらってください。
	医療機関の 所在地	
	医師名 電話番号 ()	