

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証号 記号		番号		被保険者名 氏名		印	
	認定対象者氏名				認定対象者生年月日	(和暦) 年 月 日	続柄	
	認定対象者所住							
	疫病名	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	うえのとおり診断を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 名称 医療機関の 所在地 医師名							印
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -

住所

被保険者

氏名

印

オリックスグループ健康保険組合理事長 殿

【申請書の提出先】

社内便：世界貿易センタービル南館
オリックスグループ健康保険組合 給付担当宛

郵送：〒105-5135 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル南館
オリックスグループ健康保険組合 給付担当宛

<健康保険組合処理欄>

<受付印>

常務理事	事務長	担当