

健康保険
特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証号 記号	100	番号	99999	被保険者名 氏名	健保 太郎	健保印	
認定対象者名 氏名	健保 花子		認定対象者生 年 月 日	昭和 50年 5月 20日	続柄	配偶者	
認定対象者所 住	〒000 - 0000 東京都港区浜松町〇丁目〇番地						
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						
	本人記入不要 医師に提出						
	医師名					印	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒000 - 0000

住 所

東京都港区浜松町〇丁目〇番地

被保険者

氏 名 健保 太郎

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