

被保険者
被扶養者

特定疾病療養受療証交付申請書

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿

下記の通り申請します。

健保欄	常務理事	事務長	部長	担当

令和 年 月 日

被保険者が記入する欄	被保険者氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者の 記号・番号	記号	
	事業所名 または銀行名・ 部室店名				
	認定対象者 氏名	認定対象者 生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄	
	認定対象者 住所	(〒 —)			

医師の意見欄	疾病名	
	必要とする 治療の内容	
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 <医療機関> 所在地 名称 担当医師名 (連絡先 —)	

- ・「記号・番号による申請」に代えて「個人番号による申請」もできます。この場合「運転免許証」「パスポート」等の身元確認資料の提出が必要となります(「記号・番号による申請」の場合は身元確認資料は不要です)。

[個人番号記入欄]

【郵便】〒105-0014 東京都港区芝2-4-3

三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛

【行内メール】東日本(7872-50)

三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛

健保記入欄	受付日		交付日	
	発効期間	から有効		