

記入見本

太陽生命健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者	記号	1000	氏名	健保 蒼汰		
	番号	12345	生年月日	昭和・平成	6年 7月 19日	
事業所	名称	太陽生命保険(株)	所属	給与厚生課		
	連絡先(IPコード・内線等)	999	担当	太陽		
認定対象者	氏名	健保 蒼汰	生年月日	昭・平・令	年	月 日
	住所	〒123-4567 東京都●●区●●町1-2-3				
	疾病名	1. 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 または、先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(いわゆる血友病) 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)				

該当するものに
○をつけてください

上のおり診療を受けていることに相違ありません。

令和 元年 6月 1日

医療機関の
名称
所在地
医師名
電話

※医師の証明欄です
病院にて署名してもらってください。

上記のとおり申請します。

令和 元年 6月 20日

住所 〒123-4567
被保険者 東京都●●区●●町1-2-3
氏名 健保 蒼汰
電話 090-1234-0000

太陽生命健康保険組合理事長 殿

こちらも忘れずに
記入下さい