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		氏　　名		
	番　　号		生年月日	昭和・平成	年　　月　　日
事業所	名　　称		所属支社名		
		連絡先(IPｺｰﾄﾞ・内線等)【　　】担当【　　】			
	所在地				
認定対象者	氏　　名		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	被保険者との続柄
	住　　所	〒			
	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)			

医師の意見欄	上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 医療機関の　名称 所在地 医師名　　㊞

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

〒

住所

氏名　　㊞

太陽生命健康保険組合理事長　殿

受付年月日