

| | | |
|------|-----|-----|
| 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 | | | | | | | | |
| | 枝番 | 00 | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | | |
| 事業所 | 名称 | | | 所屬社名 | | | | | |
| | 所在地 | 連絡先(IPコード・内線等)【 】担当【 】 | | | | | | | |
| 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 (印) | | | | | | |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

住所

氏名 (印)

太陽生命健康保険組合理事長 殿