

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 属 社 名			
	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						
電 話							

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 〒

氏名

電話

太陽生命健康保険組合理事長 殿