

| 常務理事 | 事務長 | 参事補 | 担当者 |
|------|-----|-----|-----|
| | | | |

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者記入欄

| | | | | |
|---------------------|--|-------------------------------|------------------|-----------------------------|
| 被保険者証 記号、番号 | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 及び生年月日 | 氏名 (昭和・平成・令和 年 月 日生) |
| 認定対象者 氏名、生年月日、続柄 | 氏名 | 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日生 | 被保険者との続柄 | |
| 認定対象者 の住所 | | | | |
| 疾 病 名 (番号を○で囲む) | 1. 血友病 (診療開始年月日 年 月 日) | | | |
| | 2. 人工透析を実施している慢性腎不全 (人工透析治療開始年月日 年 月 日) | | | |
| | 3. 血液製剤に起因するH I V感染者 (診療開始年月日 年 月 日) | | | |
| 上記の通り申請します。 | | | | |
| 令和 年 月 日提出 | | | | |
| S K健康保険組合理事長 殿 | | | | |
| 住 所 _____ | | | | |
| 被保険者 氏 名 _____ (印) | | | | |
| T E L _____ | | | | |

医師の意見欄

| | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|
| 上記の通り診療を受けていることに相違ありません。 | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | |
| 名 称 _____ | | | | |
| 医療機関の 所在地 _____ | | | | |
| 医 師 名 _____ (印) | | | | |