


サントリー健康保険組合 御中

特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	(記号) 0000	(番号) 000000	勤務先事業所	SWH	部 署	総務部
	被保険者名	健保 太郎		被保険者 の 生年月 日	昭和 〇〇年 〇月 〇日 平成		
	認定対象者の 氏 名	健保 一郎		認定対象 者の生年 月日	昭和 平成〇〇年 〇月 〇日	被保険者 との続 柄	長男
	認定対象者の 住 所	(〒000-0000) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1		電話 (000) 000 - 0000			
	疾 病 名	①. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症					
医 師 の 意 見 書	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。						
	平成 年 月 日	名 称		医療機関の 所在地		電 話	
被 保 険 者 記 入 欄	上記のとおり申請します。						
	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	住所		〇〇県〇〇市〇〇町1-1			
		被保険者 氏名	健保 太郎		印 		

※被保険者の印は、被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することができます

※ 健 保 処 理 欄	常務理事	事務長	担当者	月額	自己負担限度額	交付年月日
				千円	万円	