

常務理事	事務長		係

記号・番号は資格確認書に記載されています。不明の場合は未記入のまま提出してください

健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等 記 号	45	—	300
	被保険者のマイナンバー ※被保険者等記号番号を記入した場合は不要			
	事 業 所 名	〇〇〇株式会社		
	被 保 険 者 氏 名	(フリガナ) ヤマダ タロウ	山田 太郎	
	被 保 険 者 生 年 月 日	昭和 平成	45	年 11 月 3 日
	被 保 険 者 住 所	〒 530 — 0000 大阪市・・・		
	療 養 を 受 け る 方 の 氏 名	(フリガナ) ヤマダ ハナコ	山田 花子	
	療 養 を 受 け る 方 の 生 年 月 日	昭和 平成 令和	45	年 2 月 25 日 続 柄
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、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)			
(1~3の疾病に該当する番号に○をつけてください)				

医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	上記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
	医療機関の所在地				
	医療機関の名称				
	医師の氏名				
	電 話	()			
透 析 開 始 日	昭和・平成・令和	年	月	日	

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日 提出

受付年月日

申請書送付先
541-0041
大阪府大阪市中央区北浜4-7-28
住友ビル2号館6階
住商連合健康保険組合 あて

住商連合健康保険組合