

| | | | |
|------|-----|--|---|
| 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