

常務理事	事務長		係

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 ・ 番 号	—													
	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														
	被 保 険 者 氏 名	(フリガナ)													
	被 保 険 者 生 年 月 日	昭和 平成	年				月				日				
	被 保 険 者 住 所	〒 — Tel ()													
	療養を受ける方の氏名	(フリガナ)													
	療 養 を 受 け る 方 の	生年 月日	昭和 平成 令和	年				月				日		続 柄	
	疾 病 名 (1～3の疾病に該当する番号に○をつけてください)	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)													

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

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

受付年月日

住商連合健康保険組合