受　付　印

健保決裁欄	常務理事	検	検	検	担当者

事業所	所属長	担当者

特定疾病にかかる高額療養費支給申請書

申請者	健康保険 記号･番号	被保険者氏名	所属事業所名
	特定疾病認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日	被保険者との続柄
		昭和 平成　　年　　月　　日 令和	

申請内容	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. その他（　　）	
	申請理由		
	治療を受けた医療機関	名称	
		所在地	
	処方を受けた薬局名		
	自己負担額	令和　　年　　月　診療分	金額　　円

上記のとおり自己負担をしているため、高額療養費の支給を申請いたします。

令和　　年　　月　　日

サンヨー連合健康保険組合　理事長　殿

被保険者　住所

氏名

＊必ず領収証を添付のうえご申請ください