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

健康保険特定疾病療養受療証
交 付 申 請 書

被保険者が記入する欄	健康保険 記号・番号	被 保 険 者 氏 名	被保険者の生年月日
			昭和・平成　年　月　日
	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・令和　年　月　日	
	認定対象者の住所	〒	
	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（　　）	

医師の意見欄

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　名　称

所在地

医 師 氏 名

上記のとおり申請します。

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

※　市町村から医療費の助成を受けているため病院窓口での自己負担が無い方は、
助成を受けていることがわかるもの（写）を添付してください。