

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	被保険者証記号・番号									被保険者氏名			被保険者の生年月日										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	三洋 太郎			昭和 平成	38年	3月	8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										
	三洋 花子						昭和 平成 令和 40年 4月 4日						妻										
認定対象者の住所			〒123-△△△△ 大阪府大阪市中央区高麗橋△-△-△																				
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 2年 10月 1日																						
				医療機関の			名称			△△△総合病院			所在地			大阪市 旭区 東西町△-△-△			医師氏名			佐藤 △△	

上記のとおり申請します。

令和 2年 10月 3日

サンヨー連合健康保険組合 理事長 殿

住所 大阪府大阪市中央区高麗橋△-△-△
被保険者 氏名 三洋 太郎

※ 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。