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
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

被保険者
住　所　大阪府大阪市中央区高麗橋△-△-△
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。