

受付	年 月 日
決定	年 月 日

常務理事	事務長	担当者

【注意事項】・発効年月日は、申請書を当健康保険組合で受理した月の1日からとなります。

・ボールペン等消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆、消えるボールペン(フリクション等)は不可です。

**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	被保険者氏名		被保険者証 記号-番号	—	
	生年月日	年 月 日			
	認定対象者 の氏名 ・生年月日	年 月 日		続柄	
	認定対象者 の住所				
疾 病 名	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2. 人工透析治療を行な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				

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				
	TEL				
	医師名 ㊟				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者

住所 〒 _____

氏名 _____ ㊟

連絡先TEL _____ () _____

SGホールディングスグループ健康保険組合理事長殿