

健康 使用 欄	決 定 伺	取 得 日	年 月 日	常務理事	事務長		担当者
		認 定 日	年 月 日				
		交 付 日	年 月 日				
		発 効 日	年 月 日	標準報酬月額		千円	<input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> 台帳

- 【注意事項】
- ・発効日は当健康保険組合が申請書を受理した月の1日（健康保険加入月に申請した場合は、資格取得（認定）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 情 報	被保険者証の 記号-番号	記号	番号	被保険者の 氏 名	
	被保険者の 住 所	〒			
	被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日	電 話 番 号 (日中の連絡先)	( )

認 定 対 象 者 欄	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	昭和 平成	年 月 日
	疾 病 名 (該当する数字に ○印をつけてく ださい。)	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（HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）			

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 電話番号 医師氏名				

上記のとおり申請します。

受 付 印

令和 年 月 日

SGホールディングスグループ健康保険組合理事長殿

※市町村から医療費の助成を受けており医療機関の窓口で自己負担が無い方は、受給者証等の助成を受けていることがわかる書類（コピー）を添付してください。