

常 務	事務長	次 長	係

マイナ保険証を利用すればこの申請は不要です。

健康保険特定疾病受療証交付申請書

被保険者が記入する欄	記号		番号		被保険者氏名 及び生年月日	S・H・R	年	月	日
	認定対象者氏名 及び生年月日	S・H・R			年	月	日	被保険者 との続柄	
	認定対象者の 住 所	〒							
	電 話 番 号	自宅	— —			携帯	— —		
	傷 病 名	1. 血友病 2. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIVを含み、厚生労働大臣が定めるものに限る) 3. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全							

医師の意見欄	うえ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								
	名 称 医療機関の 所在地								
	医 師 名								

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

住所

被保険者

TEL

氏名

三陽商会健康保険組合理事長 殿