

【提出先】

〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
サントリー大阪オフィス内
サントリー健康保険組合宛

特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	健康保険の 記号・番号	(記号)	(番号)	勤務先事業所		部 署	
	被保険者名			被保険者の 生年月日	【和暦】 年 月 日		
	認定対象者の 氏名			認定対象者の 生年月日	【和暦】 年 月 日		被保険者 との続柄
	認定対象者の 住 所	(〒 -) 電話 () -					
	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. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症					

医 師 の 意 見 書	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。						
	【和暦】	年	月	日			
					名 称		
					医療機関の 所在地		
					電 話		
				医 師 名	Ⓜ		

被 保 險 者 記 入 欄	上記のとおり申請します。						
	【和暦】	年	月	日			
					住所	_____	
				被保険者	_____		
				氏名	_____		

※発行後、被保険者の住所宛てに簡易書留にて郵送いたします。

※ 健 保 処 理 欄	常務理事	事務長	担当者	月額	自己負担限度額	交付年月日
				千円	万円	