

Submit to:
By post: Suntory Health Insurance Association 2-1-40
Dojimahama, Kita-ku, Osaka 530-0004

【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

Application Form for Certificate Issued for Specific
Disease Treatment

To be filled out by insured person

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 1234	(記号)	(番号)	123456	勤務先事業所 SWH	部署 〇〇部
	被保険者の 氏名 健康 太郎	Insured person's name		Date of birth of insured person (YY/MM/DD)		
	認定対象者の 氏名 健康 一郎	Name of person subject to certification		Date of birth of person subject to certification (YY/MM/DD)		
	認定対象者の 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1	Address of person subject to certification		Relationship to insured person 長男		
疾 病 名	Name of sickness			Tel.		
	① 血友病 — Hemophilia			電話 (〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 — Chronic renal failure requiring dialysis					
3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症 — HIV infection caused by administration of blood coagulants						

Doctor's opinion

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

医師の証明を受けてください。

名称
医療機関の所在地
電話
医師名

To be filled out by insured person

上記のとおり申請します。 I hereby submit this application as described above.

【和暦】 令和 年 月 日

Date (YY/MM/DD)

住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

被保険者 健康 太郎

氏名

Insured person

※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	