

【提出先】

郵送の場合: 〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
サントリー健康保険組合宛
社内メールの場合: サントリー大阪オフィス内 健保組合宛

特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	(記号) 0000	(番号) 000000	勤務先事業所	SWH	部 署	総務部
	被保険者名	健保 太郎		被保険者 の 生年月 日	〇〇年 〇月 〇日		
	認定対象者の 氏 名	健保 一郎		認定対象 者の生年 月日	〇〇年 〇月 〇日	被保険者 との続 柄	長男
	認定対象者の 住 所	(〒000 -0000) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 電話 (000) 000 - 0000					
	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。						
	年 月 日						
	名 称						
	医療機関の所在地						
	電 話						
	医 師 名 (印)						

被 保 險 者 記 入 欄	上記のとおり申請します。						
	〇〇年 〇〇月 〇〇日						
	住所			〇〇県〇〇市〇〇町1-1			
被保険者			氏名				健保 太郎

※ 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	