【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	健康保険の 記号・番号	(記号) 1234	(番号) 123456	勤務先事業所	SWH	部署	〇〇部			
保険	被保険者名		健康 太郎	被保険者の 生年月日	【和暦】	戊●●年	●●月 ●●日			
者が	認定対象者の 氏 名		健康 一郎	認定対象者 の生年月日	【和曆】 令和●年●●	月●日	被保険者との続柄			
記入	認定対象者の 住 所	(〒 123-4567) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 電話(〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇								
す										
る	# # A	1. 血友病								
欄	疾 病 名	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	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									
意		医療機関の 所在地								
見		電話								
書		医師名				(F)				
	上記のとおり申請します。									
被保険者記入欄	【和暦】 令和●4	∓ ●● 月	●●日	被保険者		景○○市○	〇町1-1			

※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。

×	常務理事	事務長	担当者	月額	自己負担限度額	交付年月日
健 保						
<u>処</u> 理						
埋欄				千円	万円	