

交付日	R 年 月 日
回収日	R 年 月 日
区分	上位 ・ 一般

決 裁				
常務理事	事務長	課長		担当者

## 健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所 (会社)名	大同〇〇株式会社	
被保険者 氏 名	健保 太郎	生年月日	S・H・R 〇 年 〇 月 〇 日生	
認定 対象者	氏 名	健保 太郎	被保険者との続柄	本人
	生年月日	S・H・R 〇 年 〇 月 〇 日生	性 別	男 ・ 女
	住所	〇〇〇 .....		
	疾病名	1.血友病 2.人口透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3.抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		

↑  
会社名を記入

医師の 意見欄	上記の通り診察を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日
	医療機関名
	所在地
	医師名 <span style="float: right;">(印)</span>
	電話番号

↑  
医師が記入

上記の通り申請致します。  
令和 〇 年 〇 月 〇 日

住 所 〇〇〇 .....

電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

大同  
健保

被保険者氏名(自署) 健保 太郎 (印) (健保)

大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿

所属事業所 確認印		

社会保険担当部署の印 →