|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 　　　年　　月　　日 | 　 | 決裁 |
| 決定 | 　　　年　　月　　日 | 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 |
|  |  |  |  |  |

健康保険

特定疾病療養受療証

交付申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 記号 |  | 番号 |  |
| 認定対象者の氏名 |  | 認定対象者の生年月日 | 昭和・平成・令和年　　月　　日 | 被保険者との続柄 |  |
| 認定対象者の住所 |  |
| 疾病名 | 1.　人口透析治療を行う必要のある慢性腎不全2.　血友病3.　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| うえ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　　　　　医療機関の名　称　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞ |

上記のとおり申請します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　被保険者住所

　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

サンケン電気健康保険組合　　殿