

受付	年 月 日
決定	年 月 日

決 裁			
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

㊞