

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決 裁			
常務理事	事務長	グループ長	係員

健 康 保 険
特 定 疾 病 療 養 受 療 証
交 付 申 請 書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号・番号	記号 111	番号 22	被保険者氏名	積水 太郎		
				生年月日	昭・平 〇〇 年 4 月 1 日		
	認定対象者の 氏 名	積水 花子		認定対象者の 生年月日	昭 平 令 〇年 5 月 1 日	被保険者 との続柄	妻
	認定対象者の 住 所	〒111-1111 大阪市〇〇区〇〇〇2-2 TEL (**) ****-****					
	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. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群					
	公費の有無 (どちらかに○)	<input checked="" type="radio"/> 有 (窓口自己負担をしていない人) <input type="radio"/> 無 (窓口自己負担をしている人)					
	備 考 欄	被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)					
医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 医療機関の 名 称 〇〇 病院 所在地 大阪市〇〇区〇〇〇1-5 医師名 健保 一代 電 話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇						

上記のとおり申請します。

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

住 所 大阪市〇〇区〇〇〇2-2

被保険者

氏 名 積水 太郎

セキスイ健康保険組合理事長 殿