

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	番 号	被保険者氏名			
				生年月日	昭・平	年	月 日
	認定対象者の 氏 名				認定対象者の 生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者 との続柄
	認定対象者の 住 所	〒 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○）	有 （窓口自己負担をしていない人） 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 年 月 日 医療機関の 名 称 所在地 医師名 電 話						

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

セキスイ健康保険組合理事長 殿