

資格取得日	年 月 日	区分	一般	常務理事	事務長	担当
資格喪失日	年 月 日		上位			

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

被保険者証の 記号・番号	× ×××××	被保険者の 氏名	健康 太郎	被保険者の 生年月日	大正 昭和・平成・令和 ××年×月×日
認定対象者	氏名	健康 太郎		被保険者との 続柄	本人
	生年月日	大正 昭和・平成・令和 ××年×月×日	性別	男・女	
認定対象者の 住所	〒 104-×××× 東京都中央区銀座×丁目×番×号				TEL) 03-××××-××××
傷病名	①人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 又は、先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)				

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 医療機関の所在地 医師名	医師の証明が必要となります。 医師の記載が無い場合や押印が無い場合は、無効となります。ご注意ください。	印
--	--	---

上記のとおり、特定疾病療養受領証の交付を申請します。

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿

令和 ××年×月×日

被保険者 住所 東京都中央区銀座×丁目×番×号

氏名 健康 太郎

印

受付年月日