

常務理事	事務長	参事補	担当者

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者記入欄			
被保険者証 記号、番号	記号	番号	被保険者氏名 及び生年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日生)
認定対象者 氏名、生年月日、続柄	氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日生	被保険者との続柄
認定対象者 の住所			
疾 病 名 (番号を○で囲む)	1. 血友病 (診療開始年月日 年 月 日)		
	2. 人工透析を実施している慢性腎不全 (人工透析治療開始年月日 年 月 日)		
	3. 血液製剤に起因するH I V感染者 (診療開始年月日 年 月 日)		
上記の通り申請します。			
令和 年 月 日提出			
S K健康保険組合理事長 殿			
住 所 _____			
被保険者 氏 名 _____ (印)			
T E L _____			

医師の意見欄	
上記の通り診療を受けていることに相違ありません。	
令和 年 月 日	
名 称 _____	
医療機関の	所在地 _____
	医 師 名 _____ (印)