

特定疾病療養受療証交付申請書

常務理事	事務長	係 員

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号	被保険者証番号	被保険者氏名		
	事業所名称				
	事業所電話番号				
	認定対象者	氏 名	性別 男・女 生年月日 昭・平・令 年 月 日	続柄	
	疾 病 名	☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ☐ 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 または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(いわゆる血友病) ☐ 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)			
	該 当 年 月 日	令和 年 月 日			
	上記の通り、申請します。 令和 年 月 日 住友理工健康保険組合 理事長 殿 被保険者住所 被保険者氏名				

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	
	医療機関の所在地	
	医療機関の名称	
	電 話 番 号 () — 医 師 の 氏 名 ㊞	

※慢性腎不全にかかる更生医療を受給している方は、医師の意見欄は不要です。(更生医療券の写しを添付)