

常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者

事業所確認欄

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	記号 番号	事業所の 名称・所属	名称 所属				
	認定対象者の 氏名	認定対象者の 生年月日		昭 平 令	年	月	日	被保険 者との 続柄
	認定対象者の 住所	〒						
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析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感染含む厚生労働大臣の定めに係わるもの						
	医 師 の 意 見 欄	うえ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						
被 保 険 者 署 名	令和 年 月 日 上記のとおり申請します。 小田急グループ健康保険組合理事長 殿 被保険者の 住 所 〒 氏 名 _____ ⓐ							

受付日付

- この様式は、厚生労働大臣が定めた疾病で費用が著しく高額な治療を長期間継続して受ける場合に申請するものです。
- 被保険者が記入する欄の疾病名は、該当する疾病の番号を○で囲んで下さい。
- 医師の意見欄には、2、にかかる疾病について、現に受診している医師から証明を受けて下さい。
- 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の人の押印は省略することができません。