

受付日付印

発行日	令和 年 月 日	標準報酬月額	千円
発効日	令和 年 月 日	所得区分	

支給決定伺

常務理事	事務長	係

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	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者証の 記号及び番号	()		
	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 (該当する項目 に○印をつける)	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血友病（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因子障害等） 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V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	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 名 称 医療機関の 所在地 医 師 名	㊟
----------------------------	---	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

連絡先

㊟

SMBC日興証券グループ健康保険組合理事長 殿