

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	

支給決定欄

常務理事	事務長	係

記入見本

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	日 興 太 郎 昭・平 50年 5月 5日	被保険者証の 記号及び番号	( 3 ) 123456		
	認定対象者の 氏 名	日 興 花 子	認定対象者 の生年月日	昭・平・令 57年 4月 1日	被保険者 との続柄 妻	
	認定対象者の 住 所	〒111-3333 埼玉県〇〇市△△町6-5				
	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（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	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	医師名

この欄は医師に記入して  
もらってください。

上記のとおり申請します。

令和 1年 6月24日

住 所 埼玉県〇〇市△△町6-5  
被保険者  
氏 名 日 興 太 郎  
連絡先 ☎ 048-555-XXXX

印

必ず捺印してください。

SMBC日興証券グループ健康保険組合理事長 殿