受付	令和　　年　　月　　日
決定	令和　　年　　月　　日

決　　裁		
常務理事		担当者

健康保険　特定疾病療養受療証　交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者証の		被保険者氏名及び生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	記号	番号		
			被保険者の所属	TEL ： オフィス名 ：　　オフィス ／ 店番 ： ※ オフィス名がある場合はオフィス名、行内メールで店番がある場合は店番も記入してください。
	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	
	受療証送付先	送付希望先（どちらかに○）	所属　・　自宅　　※ 出勤している場合は、原則「所属宛」にお送りします	
		自宅宛の場合	〒　　ー TEL：	
		備考	※在職中の方で自宅宛とする場合は、備考欄にその理由を記入してください。	
	疾病名	1．人工透析を実施している慢性腎不全 2．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 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、厚生大臣の定めによる者に係るものに限られます。）		

医師の意見欄	上記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

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

住所

被保険者

氏名

SMBCﾌｧｲﾅﾝｽｻｰﾋﾞｽ健康保険組合理事長　殿