

常務理事	事務長	担当者

# 健康保険 特定疾病療養受療証 299 交付申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	(1) 被保険者証の 記号・番号	記号 9 0 0	(2) 事業所の 名称・所属	名称 南海電気鉄道株式会社			
		番号 1 2 3 4 5 6		所属 × × 部			
	(3) 認定対象者の 氏 名	南海 優		(4) 認定対象者の 生年月日	大 昭 平 51年4月10日	被保険 者との 続 柄	長男
	(5) 認定対象者の 住 所	大阪市浪速区日本橋西一丁目					
	(6) 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 因子障害または先天性血液凝固第 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。  平成 ××年××月××日  名 称 ×××× 病院 医療機関の 所在地 ××市××町×丁目×××× ××××  医 師 名 印					
被 保 險 者 署 名	平成 ××年××月××日 上記のとおり申請します。 南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿  被保険者の  住 所 大阪市浪速区日本橋西一丁目  氏 名 南海 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">商</span>						

該当項目の番号を でかこんでください

「押印」してください

受付日付

TS29911605P

**申請上の注意**

- 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。

南海電気鉄道健康保険組合