|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事   |  | | --- | | 決 定 年 月 日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | 事務長 | 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 | 被保険者氏名  及び生年月日 | 昭・平 　　　年　　　月　　　日 | | 被保険者証の  記号番号 | － | | |
| 認定対象者の  氏名 |  | 認定対象者  の生年月日 | 昭・平  　　年　　　月　　　日 | | 被保険者との続柄 |  |
| 認定対象者の  住所 | 〒　　　　－ | | | | | |
| 疾病名 | １．人工腎臓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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。） | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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  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　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　（　　　　　）　　　－

ダイワボウ健康保険組合理事長　殿