

(被保険者→健康保険組合)

| | | | | |
|-------|----|---|---|---|
| 受療証交付 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-------|----|---|---|---|

| | | | | |
|------|-----|-----|---|---|
| 決定 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | | |
| | | | | |

特定疾病認定申請書

日本化薬健康保険組合理事長殿

令和 元 年 6 月 20 日

(被保険者)

住所 東京都北区〇〇1-2-3

氏名 健保太郎

下記のとおり申請します

| | | | | | | |
|------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------|-----------------|--|
| 被保険者証の 記号と番号 | 記号 621 | 番号 000000 | 事業所の 名称 | 〇〇支社 | | |
| 特定疾病の療 養を受ける者 | フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子 | 生年 月日 | 昭和 平成 30年 9月 1日 令和 | 続柄 妻 | 住所 北区〇〇1-2-3 | |

| | | |
|-----------------------|---------------------------------|--|
| 医 師 の 意 見 | 疾病名 | ① 人工透析治療を行う 必要のある慢性腎不全 2. 血友病(先天性血液凝固第Ⅷまたは第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(厚生労働大臣が定める者) |
| | 疾病の状況および意見 | 慢性腎不全 上記疾病により平成14年12月1日より血液透析を開始し、 週3回の維持透析が必要である。 |
| | 上記のとおり証明致します 令和 元 年 6 月 15 日 | 署名をもらってください。 名称 〇〇大学付属病院 医療機関住所 東京都〇〇区〇〇1-2-3 医師名 △ △ △ △ |

※上記医師の証明または診断書を添付すること。

受付日付印