

(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 年 月 日

(被保険者)

住所

氏名

下記のとおり申請します

被保険者証の 記号と番号	記号	番号	事業所の 名称						
特定疾病の療 養を受ける者	フリガナ	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	住所	

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 または第 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(厚生労働大臣が定める者)
	疾病の状況および意見	
	上記のとおり証明致します 令和 年 月 日 名称 医療機関 住所 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