

常務理事	事務長	担当

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

提出日		年 月 日							
被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号番号	記号	番号	所属及び 部署名	電話 ()				
	被保険者 氏名	フリガナ			被保険者 生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
	認定対象者 氏名	フリガナ		被保険者 との続柄	認定 対象者 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	認定対象者 住所	〒			電話 ()				
	疾病名	1. 人工腎臓(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 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(いわゆる血友病) 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感染者を含む) 厚生労働大臣の定める者に係るものに限る							
	上記の通り申請します。 年 月 日 住 所 〒 被保険者 氏 名 大気社グループ健康保険組合 殿								

医 師 の 意 見 欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日								
	所在地 〒 医療機関の 名 称								
	医師名								
	電 話								

受付日付印