《記入例》

常務理事	事務長	担当

健康保険 特定疾病認定申請書

提出日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
被保険者が記入する欄	被保険者等 記号番号	記号	××	所属及び 部署名	〇〇〇部
		番号	△△△△		電話 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
	被保険者 氏名	フリガナ	ケンボ タロウ		被保険者 生年月日
			健保 太郎		昭和 平成 5 5 0 8 0 7
	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	
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。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 被保険者 住所をご記入ください 氏名 健保 太郎 大気社グループ健康保険組合 殿					

医師の意見欄	※担当医師が証明する欄
--------	-------------

受付日付印