

常務理事	事務長	部長	課長	係員

健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の記号・番号						
	被保険者氏名				事業所名		
	生年月日	昭和 平成	年	月			日
	認定対象者の氏名			認定対象 の 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄
	認定対象者の住所	〒 TEL ()					
	疾病名	1. 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 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)					
初回透析開始日	平成・令和 年 月 日						

医 師 の 意 見 書	うえ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	
	医療機関の	名称 所在地 電話番号
	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