

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	〇〇〇〇	〇〇〇〇			
	被保険者氏名	産業 太郎		事業所名	〇〇工業株式会社	
	生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	認定対象者の氏名	産業 花子	認定対象の生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	続柄
	認定対象者の住所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町2-13-4 TEL 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇				
	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 (HIV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 〇〇年 〇〇月 〇〇日					

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
	医療機関の名称	〇〇〇〇〇病院			
	所在地	東京都千代田区麴町〇〇-〇〇-〇〇			
	電話番号	〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇			
	医師名	〇〇 〇〇〇			

上記のとおり申請します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〇〇県〇〇市〇〇町2-13-4
被保険者 氏名 産業 太郎