

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日

決 裁				

健 康 保 険

特 定 疾 病 療 養 受 療 証

交 付 申 請 書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者証の 記号及び番号			
	認定対象者の 氏 名		認 定 対 象 者 の 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	被保険 者との 続 柄	
	認定対象者の 住 所					
	疾 病 名 (該当する疾病名の 数字を○印で 囲んでください。)	1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害また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)				

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。					
	年 月 日					
	医療機関の名称					
	医療機関の所在地 〒					
医師の氏名						

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所 〒
被保険者の
氏名

甲信越信用組合健康保険組合理事長 殿