

| 常務理事 | 担当 | 担当 | 担当 |
|------|----|----|----|
| | | | |

健 康 保 険 特 定 疾 病 療 養 受 療 証 交 付 申 請 書

| | | | |
|--|--|---------------------|-------|
| ① 被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号 | 一 | ② 事業所の名称 | |
| ③ 認 定 対 象 者 の 氏 名 | | ④ 認定対象者の 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑤ 認 定 対 象 者 と 被 保 険 者 の 関 係 | | | |
| ⑥ 認 定 対 象 者 の 住 所 | 〒 | | |
| ⑦ 疾 病 名 | 1. 人工腎臓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 または先天性血液凝固IX因子障害 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。) | | |
| ⑧ 医 師 の 意 見 欄 | うえのとおり診療を受けてい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 | | |
| 上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 住所 被保険者の 氏名 電話 () ゴールドワイン健康保険組合理事長 殿 | | | |