

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	—	② 事業所の名称	
③ 認 定 対 象 者 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 る こ と に 相 違 あ り ま せ ん 。  <div> <div>年 月 日</div> <div>〒</div> <div>所 在 地</div> <div>医療機関の</div> <div>名 称</div> <div>医 師 名</div> </div>		
上 記 の と お り 申 請 し ま す 。  <div> <div>年 月 日</div> <div>〒</div> <div>住 所</div> <div>被保険者の</div> <div>氏 名</div> <div>電 話 (      )</div> </div> ゴールドウイン健康保険組合 理事長 殿			