

受 付

常務理事	事務長	担 当

健康保険
特定疾病認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日		被保険者等 記号・番号	記 号		番 号	
		昭和・平成 年 月 日					
	認定対象者 氏 名		認定対象者 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	認定対象者 住 所			被保険者 との続柄			
疾 病 名	1. 血友病(先天性血液凝固因子障害) 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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感染を含む)						

医 師 の 意 見 欄	うえのとおり診療をうけていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	医療機関
	名 称
	所在地
	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

電話番号

中山製鋼所健康保険組合理事長 様