

本件 交付 してよろしいか。			
年 月 日			
常務理事	部 長	課 長	係 員

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	明・大・昭・平 年 月 日	被保険者証（健康保険被 保険者手帳）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	大・昭・平 年 月 日 被保険 者との 続 柄	
	認定対象者の 住 所				
	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 又は先天性血液凝固第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			

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。			
	平成 年 月 日			
	名 称			
	医療機関の 所在地			
医 師 名				印

備考 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。
また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

印

関西文紙情報産業健康保険組合理事長 殿