

本件 交付 してよろしいか。			
年 月 日			
常務理事	部 長	課 長	担 当 者

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	昭・平 年 月 日	被保険者の記号・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	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。	
	令和 年 月 日	
	医療機関の 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

関西文紙情報産業健康保険組合理事長 殿