

| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
|------|-----|---|---|
| | | | |

**健 康 保 險
特 定 疾 病 療 養 受 領 証
交 付 申 請 書**

| | | | | | | |
|--|--------------------------------|--|----------------|------------------------|------------------------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 被保険者証 記号一 番号 | 記号 | | 番号 | | |
| | 被保険者 氏名 | 印 | | 被保険者の 生年月日 | 昭 ・平 ・令 年 月 日 | |
| | 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 | 〒 | 自宅 | — | — | |
| | 疾 病 名 (該当する項目に ○をしてください) | 1. 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 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。) | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| 医 師 が 記 入 す る 欄 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 (診療開始日 平成・令和 年 月 日) | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | |
| | 医療機関の 名 称 | | | | | |
| | 所 在 地 | | | | | |
| 医 師 名 | | | | | | |
| 印 | | | | | | |

日本国土開発健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者 住 所

氏 名

印