

健康保険  
特定疾病認定申請書

|  |                          |  |                 |           |            |
|--|--------------------------|--|-----------------|-----------|------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>欄 | 被保険者氏名<br>及び生年月日         | 健保 太郎<br>昭和 平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日                            | 被保険者等の<br>記号・番号 | 記号<br>○○○ | 番号<br>○○○○ |
|  | 認定対象者の<br>氏名<br>生年月日     | 健保 太郎<br>昭和 平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日                            | 被保険者<br>との続柄    | 本人        |            |
|  | 認定対象者の<br>住所             | 〒 ○○○ - ○○○○<br>○○県△△市□□町1-2-3<br>TEL ○○○ - ○○○○ - ○○○○  |                 |           |            |
|  | 疾病名<br>(該当する番号<br>を○で囲む) | ①、人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>2、血友病<br>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<br>師<br>の<br>意<br>見<br>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。 |                  |                |  |  |
|                            | ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日            | 医療機関の証明を受けてください。 |                |  |  |
|                            |                           | 所在地              | ○○県△△市××町3-2-1 |  |  |
|                            | 医療機関の                     | 名称               | ○×総合病院         |  |  |
|                            | 医師名                       | 医師 太郎            |                |  |  |

上記のとおり申請いたします。

受付年月日

○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

住所 ○○県△△市□□町1-2-3

被保険者

氏名 健保 太郎