

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

|                                      |             |                       |          |           |                   |       |
|--------------------------------------|-------------|-----------------------|----------|-----------|-------------------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>の<br>記<br>入<br>欄 | 社 員 番 号     |                       |          | 被 保 険 者 名 |                   |       |
|                                      | 記 号・番 号     |                       |          | 生 年 月 日   | 昭和・平成             | 年 月 日 |
|                                      | 事 業 所 名     |                       |          |           |                   |       |
|                                      | 認 定 対 象 者   | フリガナ                  |          |           | 性 別               | 男 ・ 女 |
|                                      |             | 氏 名                   |          |           | 被 保 険 者<br>との 続 柄 |       |
|                                      |             | 生年月日                  | 昭和・平成・令和 | 年         | 月                 | 日     |
|                                      |             | 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 |          |           |                   |       |
|                                      | 〒           |                       |          |           |                   |       |
|                                      | 住 所         |                       |          |           |                   |       |
|                                      | 被保険者の 氏 名 印 |                       |          |           |                   |       |
| 電 話 番 号                              |             |                       |          |           |                   |       |
| 資生堂健康保険組合理事長 殿                       |             |                       |          |           |                   |       |

|                            |                                           |                                                                                                                                           |  |  |  |
|----------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 医<br>師<br>の<br>意<br>見<br>欄 | 特定疾病名<br>(該当病名に○印をつけてください)                | 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>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<br>または先天性血液凝固Ⅸ因子障害<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<br>(H I V感染を含み厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。) |  |  |  |
|                            | 上記のとおり、 年 月 日から治療していることに相違ありません。 令和 年 月 日 |                                                                                                                                           |  |  |  |
|                            | 〒                                         |                                                                                                                                           |  |  |  |
|                            | 所 在 地                                     |                                                                                                                                           |  |  |  |
|                            | 医療機関の 名 称 担当医師名 印 電話番号                    |                                                                                                                                           |  |  |  |