

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 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>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>欄  | 被保険者証の記号・番号    |          | — | 事業所名称 |      |                |  |
|   | 被保険者           | 氏名       | ㊦ |       | 生年月日 | 昭和<br>平成 年 月 日 |  |
|   | 認定対象者          | 氏名       |   |       | 生年月日 | 昭和<br>平成 年 月 日 |  |
|   |                | 被保険者との続柄 |   |       | 性別   | 男 ・ 女          |  |
|   | 被保険者（認定対象者）の住所 |          |   | 〒     |      |                |  |
|   | TEL            |          |   |       |      |                |  |
| <p>下記該当疾病番号に○印をして下さい。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析）</li> <li>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（血友病）</li> <li>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）</li> </ol> |                |          |   |       |      |                |  |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 医<br>師<br>の<br>意<br>見<br>欄 | <p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: right;">㊦</p> |
|----------------------------|--|

**【注意事項】**

\* 認定証の発効年月日については、当組合に受付された日の属する月の初日となります。ただし、申請のあった月に被保険者の資格を取得した者、又は被扶養者となった者については、その資格取得日、又は扶養認定日となります。

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

**フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿**

受付日付印