

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

大日本印刷健康保険組合御中

下記の通り申請いたします

承認決議書			
常務理事	事務長	事務課長	担当
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号		所 属	会社名	被保険者氏名	(社員番号) ⑩			
		番号			部 課					
	被保険者住所	〒 _____								
	認定対象者氏名					認定対象者生年月日	年 月 日	被保険者との続柄		
	認定対象者住所	〒 _____								
疾 病 名	1. 人工透析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 等 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群									

年 月 日 提出

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。
	年 月 日
	医療機関 名称 所在地
	医師名 ⑩

受付日	年 月 日
決定日	年 月 日
交付日	年 月 日

シヨクゴウ	事務担当