

常務理事	事務局長	担 当

## 特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者氏名 及び生年月日	昭・平 年 月 日	保険証 記号番号	—
認定対象者 氏 名		認定対象者 生年月日	昭・平・令 年 月 日
認定対象者 住 所	〒 - TEL ( )		被保険者 との続柄
疾 病 名	1. 人工腎臓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(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 の 意 見 欄
上記のとおり診療を受けている事に相違ありません。  年 月 日  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>名 称</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>医療機関の</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>所在地</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>医 師 名</span> <span style="text-align: right;">(印)</span> </div>

上記のとおり、申請します。

年 月 日

住 所  
被保険者  
氏 名

(印)

東北しんきん健康保険組合 理事長 殿