決裁日付印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　　裁 | 常務理事 | 事務長 | 課　長 | 係 |
|  |  |  |  |

**健 康 保 険**

**特 定 疾 病 療 養 受 療 証　交 付 申 請 書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入する欄 | 被保険者等  記号番号 |  |  |  | － |  |  |  |  |  | 被保険者氏名  及び生年月日 | 昭・平・令　　　　年　　　　月　　　 日 | | |
| 認定対象者の  氏 　　 名 |  | | | | | | | | | 認定対象者  の生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　 日 | 続  柄 |  |
| 認定対象者の  住 　 所 |  | | | | | | | | | | | | |
|
| 疾 病 名 | 1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 | | | | | | | | | | | | |
|
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師の意見欄 | 認 定 日 | 令和 　 年 月 日 | | | |
| 上のとおり診療を受けていることに相違ありません。  令和 年 月 日    医療機関の　名　称  　所在地  医 師 名 | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
| 上記のとおり申請します。 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 住所 | | | |  | |
| 被保険者 | | |  | | |
| 氏名 | | | |  |  |
| 三井物産健康保険組合理事長 殿 | | | | | |