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 |