常務理事	事務長	担当者

健康保険　特定疾病療養受領証　交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="3">被保険者欄</td><td>被保険者証</td><td colspan="3">記号　　番号</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td>㊞</td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所
（住民票）</td><td colspan="3">〒　　－　　ＴＥＬ　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">認定対象者欄</td><td>療養を受ける方の氏名</td><td>（被保険者との続柄　　）</td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>疾病名</td><td colspan="3">１．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
２．人工腎臓を実施している慢性腎不全
３．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
（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）</td></tr>
<tr><td>医師の意見欄</td><td colspan="4">上記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
医療機関の名称
医療機関の所在地　　㊞
医師の氏名</td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。

※　発効期日は申請月の初日（健康保険加入月の場合は資格取得日）となります。

四電工健康保険組合

2023. 12. 8 改訂