

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

| | | | |
|--|--|--|--|
| 提出日 | | 令和 年 月 日 | |
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 被保険者証 の記号番号 | 記号 番号 | フリガナ 被保険者 氏 名 被保険者 生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| | 認定対象者 氏 名 | フリガナ | 被保険者 との続柄 認定対象者 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 |
| | 認定対象者 住 所 | 〒 電話 () | |
| | 疾病名 | 1. 人工腎臓（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（いわゆる血友病） 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 | |
| | 上記の通り申請します。 令和 年 月 日 住 所 〒 被保険者 氏 名 電話番号 マクニカ健康保険組合 殿 | | |

| | |
|----------------------------|---|
| 医 師 の 意 見 欄 | 上記の通り診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 〒 医療機関の 名称 医師名 電 話 |
| | |

受付日付印