

常務理事	事務長	担	当
※ 事務処理欄			

## 健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

デンカ健康保険組合 理事長 殿

下記の通り申請します。

●●年 ●●月 ●●日

被保険者証記号・番号	● . ●●●●●●	事業所名	○○○株式会社
被保険者氏名	健保 太郎	男 女	生年月日 ●●年 ●●月 ●●日
認定対象者名	健保 花子	男 女	生年月日 ●●年 ●●月 ●●日
被保険者との続柄	妻	※事務処理欄	
被保険者(適用対象者)の住所			
〒 ●●● - ●●●●			
○○県 ○○市 ○○ ○-○-○			
..... 電話番号 ●●● - ●●● - ●●●● .....			

ご記入・押印の程宜しくお願い致します。

医師の意見欄	
疾病名	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。)
上記の通り診療を受けていることに相違ありません。	
●●年 ●●月 ●●日	
医療機関の所在地	○○県 ○○市 ○○ ○-○-○
名称	○○○病院
医師名	○○ ○○
電話番号	●●● - ●●● - ●●●●

医療機関にてご記入頂く欄です。

※ 日付及び生年月日については、和暦でご記入ください。