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

<table>
<tr><td rowspan="6">被保険者が記入する欄</td><td rowspan="2">被保険者
記号・番号</td><td>記 号</td><td>番 号</td><td rowspan="3">被保険者氏名
及び生年月日</td><td colspan="3">ﾌﾘｶﾞﾅ</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>社員番号</td><td colspan="2"></td><td colspan="3">昭和 ・ 平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">認定対象者の
氏　　名</td><td colspan="5">ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td rowspan="3">被保険者
との続柄</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">昭和・平成・令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>認定対象者の
住　　所</td><td colspan="7">〒

（電話）　　（　　）</td></tr>
<tr><td>疾　病　名</td><td colspan="7">１．人工腎臓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
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>
</table>

<table>
<tr><td>医師の意見欄</td><td>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　名　称
所在地

医　師　名</td></tr>
</table>

上記のとおり申請いたします。

受付日付印

年　　月　　日

住　所 〒

被保険者

氏　名

デル健康保険組合