特定疾病認定申請書

担当者 事務長 常務理事

被保険者等 記号·番号		1 — 1234	1 — 1234 被保険者が勤務して いる事業所 中				日新聞社	
認定対象	氏 名	中日 一郎				続 柄	本人	
	生年月日	昭和平成·令和	5 0 ⁴	手 3 月	8日		性別	男・女
者	住所	○○県○○○市○○区○○町○丁目○番○号						
1. 血漿分割製剤を投与している先天性血液凝固第 WI 因子障害または先天性血液凝固第 IX 因子障害 または先天性血液凝固第 IX 因子障害 (人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全または人工腎臓を実施している慢性腎不全 または人工腎臓を実施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								
医師	療養の給付 開始年月日	平成·令和 年 月	Ħ	人工流 開始 ^在	透析の 再月日	平成·令和	1 年	月日
	上記のとおり相	違ありません。			令和	年	月	日
の意見	医療機関の住所							
欄	医療機関の名称							
	医師の氏名				印			
					Œ E		())

上記のとおり申請します。

令和 ○○年○○月○○日

 被保険者
 住所
 〒 〇〇県〇〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号

 氏名
 中日一郎

 日中対応可能な電話番号
 (○○○) - ○○○○ - ○○○○

※マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)には、認定証は発行されません。 当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に特定疾病の情報が反映されます。