

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 受 付 | 年 | 月 | 日 |
| 決 定 | 年 | 月 | 日 |

|      |     |     |     |
|------|-----|-----|-----|
| 決 裁  |     |     |     |
| 常務理事 | 事務長 | 課 長 | 担 当 |
|      |     |     |     |

健 康 保 険  
特 定 疾 病 療 養 受 療 証  
交 付 申 請 書

|                                                |                                  |                          |                          |                      |       |                   |  |
|------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|-------|-------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>欄 | 被保険者氏名<br>生年月日                   | 昭・平 年 月 日                |                          | 被保険者等<br>記号一番号       | —     |                   |  |
|                                                | 認定対象者の<br>氏 名<br>(療養を受ける方)       |                          | 認定対象者の<br>の生年月日          | 昭和<br>平成<br>令和       | 年 月 日 | 被保険者<br>との<br>続 柄 |  |
|                                                | 被保険者の<br>住 所<br>電話番号<br>(日中の連絡先) | (〒 — )<br>TEL ( )        |                          |                      |       |                   |  |
|                                                | 疾 病 名<br>疾病にチェック (レ印)<br>をしてください |                          | <input type="checkbox"/> | ①血漿分画製剤を投与している先天性血友病 |       |                   |  |
|                                                |                                  | <input type="checkbox"/> | ②人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全     |                      |       |                   |  |
|                                                |                                  | <input type="checkbox"/> | ③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 |                      |       |                   |  |

|                            |                           |  |  |  |  |  |
|----------------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|
| 医<br>師<br>の<br>意<br>見<br>欄 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 |  |  |  |  |  |
|                            | 令和 年 月 日                  |  |  |  |  |  |
|                            | 医療機関の名称                   |  |  |  |  |  |
|                            | 医療機関の所在地                  |  |  |  |  |  |
|                            | 医師の氏名                     |  |  |  |  |  |
|                            | 電 話 ( )                   |  |  |  |  |  |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所  
被保険者  
氏 名

\_\_\_\_\_

大和ハウス工業 健康保険組合理事長 殿

|       |
|-------|
| 受付日付印 |
|       |