

常務理事	事務長		担当者



健 康 保 険
特 定 疾 病 療 養 受 療 証
交 付 申 請 書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	記号	番 号	被保険者氏名 及び生年月日			年 月 日
	事業所の名称					
	認定対象者の 氏 名	認定対象者の 生 年 月 日	年 月 日	被保険者 との続柄		
	認定対象者の 住 所					
	疾 病 名	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因子障害等 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 師 の 意 見 欄	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 名 称 医療機関の 所在地 医 師 名	印
----------------------------	--	---

備考 ※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、申請書の余白へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための身分証などの添付書類が必要です。)

※マイナ保険証をお持ちの方は、特定疾病療養受領証は発行されません。当組合へ提出いただいた申請書類の事務手続きが完了後、マイナ保険証による受診時に特定疾病の情報が確認できます。

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所

被保険者 (Tel. — —)

氏 名

西日本プラスチック工業健康保険組合 理事長 殿