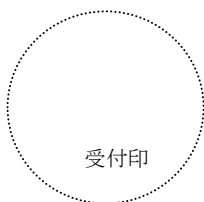


常務理事	事務長		担当者
月 日	月 日		月 日



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	被保険者の 記号番号	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 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。

また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

※被保険者証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。)

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