

特定疾病療養受領証交付申請書

担当者	事務長	常務理事

被保険者証 記号・番号	1 — 1234	被保険者が勤務して いる事業所	中日新聞社		
認定 対象者	氏名	中日 一郎			続柄 本人
	生年月日	昭和・平成・令和 50年 3月 8日	性別	男・女	
	住所	〇〇県〇〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号			
疾病名	1. 血漿分割製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2. 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 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)				
医師の 意見欄	療養の給付 開始年月日	平成・令和	年	月	日
	人工透析の 開始年月日	平成・令和	年	月	日
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日				
	医療機関の住所				
医療機関の名称					
医師の氏名	印				
	電話 ( )				

上記のとおり申請します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

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 (中日) 印  
 日中対応可能な 電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

中日新聞社健康保険組合 殿