常務理事	事務長	担当	担当

健康保険 特定疾病認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等の記号番号	記号	事業所名					
		番号	部署名	電話				
	被保険者氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者住所	〒						電話
	認定対象者氏名	フリガナ	被保険者との続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	疾病名	1. 人工透析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凝固因子第Ⅸ因子障害 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)						
認定証送付先	1. 事業所部署へ送付(社内送達) 2. 被保険者住所へ送付 3. その他住所へ送付 ※「3.その他住所へ送付」を希望する場合、住所をご記入ください。 〒							

医 師 の 意 見 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
	医療機関所在地									
	医療機関名称									
	医師の氏名						電話	(		)

上記のとおり特定疾病認定の交付を申請します。 令和 年 月 日

デクセリアルズ健康保険組合

受付日付印