

常務理事	事務長	担当	担当

(記入例)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	99	事業所名	デクセリアルズ株式会社 ○○事業所					
		番号	9999	部署名	○○部 ○○課 ○○係 電話 9-999-9999					
	被保険者 氏名	フリガナ	ケンポ タロウ			生年月日	昭和 平成	55 年 12 月 1 日		
		氏名	健保 太郎							
	被保険者 住所	〒999-9999 東京都中央区京橋99-99-99 京橋マンション9999号 電話 99-9999-9999								
	認定対象者 氏名	フリガナ	ケンポ ハナコ			被保険者 との続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	55 年 4 月 1 日
		氏名	健保 花子							
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ご同意をください。 令和 年 月 日									
	医療機関所在									
	医療機関名称									
	医師の氏名)									

上記のとおり特定疾病認定の交付を申請します。 令和 6 年 12 月 1 日

デクセリアルズ健康保険組合 受付日付印