

| | | | | |
|----|----|---|---|---|
| 受付 | 和暦 | 年 | 月 | 日 |
| 決定 | 和暦 | 年 | 月 | 日 |

| | | | |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
| | | | |

受付日付印

健康保険特定疾病療養受領証交付申請書

| | | | | |
|---------------------------------|--|-------------|-------|---|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者氏名 | | 被保険者等 | — |
| | 生年月日 | 和暦 年 月 日 | 記号番号 | |
| | 認定対象者氏名 | | 被保険者 | |
| | 生年月日 | 和暦 年 月 日 | との続柄 | |
| | 認定対象者住所 | 〒 | | |
| 疾病名 (○を付してください) | 1.人工腎臓を実施している慢性腎不全 2.血漿分画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 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 証 明 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。 和暦 年 月 日 <div style="text-align: right;">所在地 医療機関 名称 医師名</div> | | | |
| | 上記のとおり、健康保険特定疾病療養受領証の交付を申請します。 和暦 年 月 日 <div style="text-align: right;">被保険者住所 被保険者氏名</div> | | | |
| ファイザー健康保険組合理事長 殿 | | | | |