

特定疾病に該当するとき  
(血友病・人工透析を必要とする慢性腎臓疾患の長期療養患者・血液凝固因子製剤によるHIV感染症)

被保険者情報	被保険者証 の(左づめ)	記号(1か2か3) <input type="checkbox"/>	番号(保険者番号06270748ではありません) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	氏名 (フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		

認定対象者情報	療養を受ける 方(被保険者 の場合は記入 不要)	氏名	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	疾病名 (該当する番号を ご記入ください)	<input type="checkbox"/> 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 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。)	

希望送付先	被保険者登録住所以外の送付先を希望する場合は、ご記入ください。		
	住所	(〒 - )	都 道 府 県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	
宛名			

医師の意見欄	下欄に医師の証明を受けてください。		
	上記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		
	医療機関の所在地		
	医療機関の名称		
医師の氏名			
電話番号 ( )			

上記の事由に該当するため、申出します。 年 月 日