

決 裁	常務理事	事務長	部 長	課 長	課長代理	係

健康保険 特定疾病認定申請書

被 保 険 者	記号・番号	-	【*記号・番号が分からない場合は個人番号を記入してください。】											
			個人番号											
	氏 名		事業所名											

適 用 対 象 者	氏 名				続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	

送 付 先 住 所	〒 -	受取人連絡先
		TEL () -

疾 病 名	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因子障害また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
-------------	--

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療をうけていることに相違ありません。
	年 月 日
	名 称
	医療機関の 所在地
	医師名

三重県農協健康保険組合 理事長様

上記のとおり健康保険特定疾病認定の申請をします。

年 月 日

〒 -

住 所

被 保 険 者 氏 名 ()

氏 名