

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

健康保険  
特定疾病療養受療証  
交付申請書

|            |                |  |             |  |
|------------|----------------|--|-------------|--|
| 被保険者が記入する欄 | 被保険者氏名及び生年月日   | 昭・平・令 年 月 日  | 被保険者証の記号・番号 |  |
|            | 認定対象者の氏名及び生年月日 | 昭・平・令 年 月 日  | 続柄          |  |
|            | 認定対象者の住所       | 〒  |             |  |
|            | 疾病名            | 1. 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全<br>2. 血漿文面製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害<br>又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(血友病)<br>3. 後天性免疫不全症候群(厚生労働大臣が定める者) |             |  |

|        |                          |  |  |   |
|--------|--------------------------|--|--|---|
| 医師の意見欄 | 上記の通り診療を受けていることに相違ありません。 |  |  |   |
|        | 令和 年 月 日                 |  |  |   |
|        | 医療機関の所在地                 |  |  |   |
|        | 医療機関の名称                  |  |  |   |
|        | 医師の氏名                    |  |  | ⑩ |
| 電 話    |                          |  |  |   |

BIPROGY健康保険組合 御中

令和 年 月 日

上記のとおり申請します。

被保険者 住所

氏名

⑩

|                          |   |
|--------------------------|---|
| 確認欄                      | 自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。 |
| <input type="checkbox"/> |   |

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません。)