

| | | | |
|------|-----|----|-----|
| 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 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 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(血友病) 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 | | | (印) |
| 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

(印)

| | |
|--------------------------|---|
| 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。)