

特定疾病認定申請書の記入例

特定疾病認定申請書

被保険者証 記号・番号	71-1505	270	組合員	氏名	前田 勝幸	事業所名	八重洲建設(株)								
				個人番号	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
受診者氏名		前田 喜子		昭・令 平				△△年△△月△△日生							
				個人番号	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
診療 担当 医師 意見 欄	下記の疾病に対する診療を開始した年月日 (「1」の場合は透析を開始した日)			平成・令和 △△年△△月 △△日											
	疾病名	① 人工透析を要する慢性腎不全													
	(該当する番号に○を付けてください。)	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、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症に関する治療を受けている人に限る。）													
病院又は診療所 所在地 名称 医師氏名	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 東京都品川区小山1-2-3 小山中央病院 佐藤君夫 (令和 △△年 △△月 △△日診断)														
上記のとおり申請します。 令和 △△年 △△月 △△日 郵便番号 141-0031 住 所 東京都品川区西五反田10-1 組合員 氏 名 前田 勝幸 全国土木建築国民健康保険組合理事長 様															

診療を受けている保険医療機関等の担当医師に記入を依頼してください。