

理事長	副理事長	専務理事	事務長	課長	係

特定疾病認定申請書

組合員が記入する欄	組合員氏名			被保険者証の記号及び番号		
	認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日	昭平	年	月	日
	認定対象者の住所					
	疾病名	1. 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 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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受けていることに相違ありません。					
	平成 年 月 日					
				名称		
				医療機関の所在地		
			医師名	①		

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

〒

申請人 住所
(フリガナ)
〔組合員〕 氏名

①

関東信越税理士国民健康保険組合理事長 様

※慢性腎不全に係る厚生医療券等により当該疾病が明らかである方については、医師の意見欄の記載を要しませんが、代わりにその写しを添付してください。

※皆様の所得（上位所得・一般所得）に応じて窓口負担の限度額（2万円・1万円）が異なるため、当組合に加入している世帯全員分の所得を証明する書類を添付してください。