

### 特定疾病認定申請書

組合員証番号	組合員氏名	住 所
	(フリガナ)	〒
組合員 生年月日	(和暦) 年 月 日生	昼間連絡先TEL

内 容 記 入 欄			
療 養 者 氏 名	療養者生年月日 及 び 続 柄	(和暦) 年 月 日	続柄 ( )
認 定 を 受 け る よ う と す 疾 病 の 名 称	1. 人工腎臓（人工透析）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8因子障害又は先天性血液凝固第9因子障害等(血友病) 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係わるものに限る）		

医 師 の 記 入 欄	
上 記 疾 病 に か っ た と に 関 す 医 師 の 意 見	上記の者は、上記疾病によ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 電 話 番 号

(注) [ 1 特定疾病療養受療証の発効年月日は、申請のあった月の初日となります。ただし、新たに組合員の資格を取得し又は被扶養者となった月に申請があった場合は、申請があった日となります。

共 済 組 合 記 入 欄	
発 効 年 月 日	令 和 年 月 日

共 済 組 合 処 理 欄	受 付	審 査	1	2	処 理

### 特定疾病認定申請書

組合員証番号								組合員氏名				住 所			
0	1	2	3	4	5	6	7	(フリガナ) 共済 太郎				〒 330-0081 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1			
組合員 生年月日								(和暦) 昭和XX 年12 月 1 日生				昼間連絡先TEL 048-600-XXXX			

内 容 記 入 欄			
療養者氏名		療養者生年月日 及び続柄	
共済 康子		(和暦) 昭和XX 年 9 月 15 日 続柄 ( 母 )	
認定を受ける ようとする 疾病の名称		1. 人工腎臓（人工透析）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8因子障害又は先天性血液凝固第9因子障害等(血友病) 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、厚生労働大臣の定める者に係わるものに限る）	

医 師 の 記 入 欄	
上記疾病にかかったことに関する 医師の意見	上記の者は、上記疾病により診療を受けていることに相違ありません。 令和 XX 年 10 月 25 日
	医療機関の所在地 〒102-8798 東京都千代田区富士見 2-14-23
	医療機関の名称 東京通信病院
	医師の氏名 東 通 健 一 郎
	電 話 番 号 XX-XXXX-XXXX

(注) [1] 特定疾病療養受療証の発効年月日は、申請のあった月の初日となります。ただし、新たに組合員の資格を取得し又は被扶養者となった月に申請があった場合は、申請があった日となります。

共 済 組 合 記 入 欄	
発効年月日	令和 年 月 日

共済組合 処理欄	受付	審査	1	2	処理