常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

No.

健康保険 特定疾病認定申請書

申請年月日　　年　　月　　日

被保険者の記入欄	被保険者氏名及び生年月日	昭・平　　年　　月　　日	被保険者等記号・番号	―
	住所 電話番号（日中の連絡先）	〒　　― TEL　　（　　）		
	認定対象者名及び生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	被保険者との続柄	
	疾病名 該当する疾病名に○をしてください	1. 血友病（ 先天性血液凝固因子障害 ） 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		

○上記に記入した住所以外に送付を希望する場合のみご記入ください。

希望送付先	宛名		被保険者との関係	
	住所 電話番号	〒　　― TEL　　（　　）		

※医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

医師の意見欄	上記のとおり、　　年　　月　　日から 診療を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 医療機関の　名　　称 所　在　地 医　師　名 電　話　番　号

受付日付印

<申請書送付先>　〒103-0004
東京都中央区東日本橋1－5－13
東京ニットファッション健康保険組合　審査課
TEL　03－3861－7294