

日本製鋼所健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者

## 特定疾病認定申請書

年 月 日

被 保 健 者 が 記 入 す る 欄	所 属	TEL ( )	保険証 記号・番号			
	認定対象者の氏名		氏 名			
	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因子障害等 2. 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV 感染を含み厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)				

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。						
	年	月	日				
				名 称			
	医療機関の		所在地				
				医師名	印		

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所  
被保険者  
氏 名