

| | | | |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担 当 |
| | | | |

健康保険 特定疾病療養受領証 交付申請書

| | | | | |
|--|----------------|---|------------------|----------------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 健康保険の 記号・番号 | | 被保険者氏名 及び生年月日 | (フリガナ) |
| | | | | 昭和・平成・令和 年 月 日 |
| | 認定対象者の 氏 名 | フリガナ | | 続 柄 |
| | | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | |
| | 認定対象者の 住 所 | 〒 (電話) () | | |
| | 疾 病 名 | 1. 人工腎臓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、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 | 上記の通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 名 称 | 所在地 |
| | | 医 師 名 | |

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

なお、この届出については申請者本人(被保険者)が作成し、
誤りがないか確認したものです。

受付日付印

住 所

被保険者

氏 名 (自筆)

【送付先】※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。

社内便の場合:SGT/CC不要/マイクロソフト健康保険組合

社外の場合:〒108-0075

東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー
マイクロソフト健康保険組合

マイクロソフト健康保険組合 理事長 殿