

常務理事	事務長	業務課長	課長代行	係長	担当者

特定疾病療養受療証交付申請書

伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名・ 生年月日	昭和・平成 年 月 日	被保険者証の 記号・番号	記号	番号
	認定対象者の 氏名(続柄)・ 生年月日	() 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 因子障害 又は先天性血液凝固第 因子障害(いわゆる血友病) 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。 令和 年 月 日 名称 医療機関の 所在地 電 話 () 医 師 名				
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 - 住 所 被保険者 氏 名 電 話 ()					

【 受付年月日 】