適用　39

常務理事	事務長	事務長代行	業務課長	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

<table>
<tr><td rowspan="4">被保険者が記入する欄</td><td>被保険者氏名・生年月日</td><td>昭和・平成・令和　　年　　月　　日</td><td>被保険者の記号・番号</td><td>記　号</td><td>番　号</td></tr>
<tr><td>認定対象者の氏名（続柄）・生年月日</td><td>（　　）
昭和・平成・令和　　年　　月　　日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>認定対象者の住所</td><td colspan="4">〒　　－
電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td>疾　病　名</td><td colspan="4">□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（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）</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>医師の意見欄</td><td colspan="4">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
医療機関の　名　称
所在地
電　話　　（　　）
医　師　名　　㊞</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり申請します。
令和　　年　　月　　日
被保険者　〒　　－
住　所
氏　名　　㊞
電　話　　（　　）</td></tr>
</table>

【受付年月日】