

常務理事	事務長		

健康保険
特定疾病認定申請書

T I S インテックグループ健康保険組合

被保険者が記入する欄	被保険者氏名	フリガナ		被保険者の記号番号	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生		記号	番号
	認定対象者の氏名	フリガナ	認定対象者の生年月日		続柄
	認定対象者の住所	〒		Tel. - -	
疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 人工透析開始日 年 月 日 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患者(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 〒	Tel. - -			
	医師名				

備考欄											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

R6.11

受付印

上記の通り申請いたします。 令和 年 月 日

被保険者の住所 〒

Tel. - -

氏名

- ・マイナ保険証を利用されている方には、認定証は発行されません。
- ・資格確認書等をお持ちの方には、認定証を発行します。認定証は被保険者の住所へ送付します。