

常務理事	事務長	担当者

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者氏名			被 保 険 者 証	記号			
	被保険者 生年月日	年	月	日	番号			
	認定対象者の 氏 名			認定対象者の 生年月日	年 月 日			
	認定対象者 住 所	〒 -				被 保 険 者 と の 続 柄		
	認定対象者 連絡先	<input type="checkbox"/> 自 宅 () - <input type="checkbox"/> 携 帯						
	疾 病 名 ※該当するものに○ をつけてください。	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)						

療 養 担 当 医 師 意 見 記 入 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
	医療機関 名称						
	医療機関 所在地						
担 当 医師名							印

上記の通り申請します。						
						年 月 日
エイベックス・グループ健康保険組合理事長 殿						
被保険者 住 所						
被保険者 氏 名						
被保険者 連絡先						

