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		被保険者等	記　号	
	被保険者生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日		番　号	
	認定対象者の氏　名		認定対象者の生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	
	認定対象者の住　所	〒　　－			
	認定対象者連絡先	□ 自　宅 □ 携　帯　　（　　）	被保険者との続　柄		
	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因子障害また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。

令和　　年　　月　　日

医療機関名称

医療機関所在地

担当医師名　　印

上記のとおり申請します。

令和　　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

受付日付印

エイベックス・グループ健康保険組合