

北陸電力健康保険組合  
常務理事殿

|     |      |     |       |
|-----|------|-----|-------|
| 承認  | 常務理事 | 事務長 | 担当・入力 |
|     |      |     |       |
| 承認日 | 令和   | 年   | 月 日   |
| 受付日 | 令和   | 年   | 月 日   |

## 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

|        |  |
|--------|--|
| 被保険者氏名 |  |
|--------|--|

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

|       |    |  |  |  |     |  |  |  |  |
|-------|----|--|--|--|-----|--|--|--|--|
| 被保険者証 | 記号 |  |  |  | 番号  |  |  |  |  |
| 会社名   |    |  |  |  | 所属名 |  |  |  |  |

### 認定対象者

|            |   |      |             |   |   |   |         |  |
|------------|---|------|-------------|---|---|---|---------|--|
| 認定をうける者の氏名 |   | 生年月日 | 昭<br>平<br>令 | 年 | 月 | 日 | 被保険者の続柄 |  |
| 疾病名        | <input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br><input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第ⅤⅢ因子障害または第ⅠⅩ因子障害<br><input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群<br>(HIV感染含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。) |      |             |   |   |   |         |  |

### 療養を担当している医師の意見

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

住所

職名または住所氏名

氏名

認印