

※印欄は記入しないでください

※決裁	理事	局長	次長	課長補佐	主任	担当	※認定日	年	月	日	
							※資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日
							※資格喪失日	年	月	日	

特定疾病認定申請書

○申請書の医師の意見欄に証明を受けられない場合は、特定疾病に関する意見書もしくは証明する診断書等を添付してください。

組合員情報	被保険者証 記号・番号	88-	第	号	組合員の個人番号 (マイナンバー)						所属支部名
	組合員 氏名										
	組合員の住所 〒										

認定対象者欄	認定を受ける方の氏名	認定を受ける方の個人番号 (マイナンバー)								
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日					

医師意見欄	認定対象者のかかっている 疾病の名称など	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								
		1から3の疾病に該当する番号に○をしてください。									
		発病年月日または診療開始日	昭和 平成 令和	年	月	日					
上記のとおり証明します。											
令和 年 月 日											
〒											
医師 (証明者) 住所 氏名											

上記のとおり申請します。										
令和 年 月 日										
〒										
住所 組合員 氏名										
東京建設職能国民健康保険組合 理事長殿										

受付印