

※印欄は記入しないでください

※決裁	理事	局長	次長	課長	主任	担当	※認定日	年	月	日	
							※資格取得日	昭和	年	月	日
							※資格喪失日	平成	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	88-00 第1111号	組合員の個人番号 (マイナンバー)	
	組合員氏名	職能太郎 <sup>印</sup>	22222222222222	所属支部名
	組合員の住所 〒162-0843 東京都新宿区市谷田町2丁目26番地			

認定対象者欄	認定を受ける方の氏名	職能康子	認定を受ける方の個人番号 (マイナンバー)
	生年月日	昭和3年4月5日 平成	55555555555555

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3年4月5日 平成	
上記のとおり証明します。			
平成 年 月 日			
医師住所 〒			
医師(証明者) 氏名		①	



上記のとおり申請します。

平成 28 年 2 月 1 日

住所 〒162-0843  
東京都新宿区市谷田町2丁目26番地

組合員 氏名 職能太郎<sup>印</sup>

東京建設職能国民健康保険 理事長殿

受付印

