

特定疾病認定申請書

※自筆でご記入ください。特別なご事情がない限り、印字記載の申請書は受付できかねます※

トランスコスモス健康保険組合

被 保 険 者 記 入 欄	① 被 保 険 者 記 号 番 号	記 号		番 号		② 会 社 の 名 称	
	フリガナ					④ 生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日
	③ 被 保 険 者 の 氏 名						
	⑤ 被 保 険 者 の 住 所	〒 ()					
	⑥ 連 絡 先 電 話 番 号 ※日中連絡がとれる番号	() もしくは ()					
	⑦ 申 請 対 象 者 の 氏 名					続柄	
	⑧ 申 請 対 象 者 の 住 所						
⑨ 申 請 傷 病 名 ※該当する傷病名に○印		1	血友病				
		2	人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全				
		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)				

医師 の 意見 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
	医療機関の	所在地					
		名称					
	医師の氏名						

健 保 記 入 欄	備考					
	提出	本人	郵送			
		会社				
	送付	本人	返信用封筒			
		会社				
		日付				

受付印