

| | | | |
|------|-----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当 |
| | | | |

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

| | | | | | |
|--------|----------------------------|------|----|-------|----------------|
| 被保険者情報 | 被保険者証 | 記号 | 番号 | 所属事業所 | |
| | 氏名 | フリガナ | | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| | 申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先) | 〒 | | | 電話 () |
| | メールアドレス | | | | |

| | | | | |
|--------|------------------|---|------|----------------------|
| 認定対象者欄 | 療養を受ける方 | フリガナ | 生年月日 | 昭和 平成 令和 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | 電話 () | 続柄 | |
| | 疾病名 (該当に○) | 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。) | | |

| | | | | |
|--------|---------------------------|------|--|--|
| 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 | | | |
| | | 所在地 | | |
| | | 医療機関 | | |
| | | 名称 | | |
| | | 医師名 | | |
| | 電話 | | | |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

P&Gグループ健康保険組合 理事長 殿

受付日付印