

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 100	番号 〇〇〇〇〇	所属事業所 〇〇〇株式会社
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭和 平成 60年 5月 20日	
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室 電話 03 (9876) 5432		
	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp		

認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	生年月日 昭和 平成 令和 62年 12月 12日
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室	
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 03 (〇〇〇〇)〇〇〇〇	続柄 妻
	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	

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 この欄は医師に記入を依頼してください 医師名

上記のとおり申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者氏名 健保 太郎

受付日付印

P&Gグループ健康保険組合 理事長 殿