

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 が 記 入 す る 欄	記号・番号		社員番号		被保険者(申請者) の氏名・生年月日 (自著)	(フリガナ)	
						昭和・平成 年 月 日	
	認定対象者の氏名・生年月日	フリガナ				被 保 険 者 と の 続 柄	
		昭和・平成・令和 年 月 日					
	認定対象者の住所	〒					
		(電話) ()					
	疾病名	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(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	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。				
	年 月 日				
	医療機関の	名称 所在地			
	医師名				

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

住所
被保険者
氏名
日中連絡の取れる連絡先 ()

YG健康保険組合 殿