

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	被保険者等の 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)
	社員番号				
	氏名	ツガナ		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	ツガナ	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

PHC健康保険組合

受付日付印