

健康保険 特定疾病療養受領証 交付付申請書

健康保険証の記号 番 号	20 - 5425685		
被保険者氏名	健康 太郎	生年月日	昭和50年 5月 25日
認定対象者氏名	健康 華代	生年月日	昭和53年 12月 8日
認定対象者住所及 び 電 話 番 号	〒123-4567 東京都東灘区六甲アイランド2 - 3 - 4 Tel 078-999-9999		
疾 病 名	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、厚生大臣の定める者に係るものに限る)		

医 師 の 意 見 欄	うえの通り診療を受けていることに相違ありません  平成 年 月 日 <b>医師記入欄</b>  医療機関の名称・ 所在地・医師名
----------------------------	--

上記の通り申請します。

平成 19 年 7 月 15 日

住所 東京都東灘区六甲アイランド2 - 3 - 4

氏名 健康 太郎



P&G グループ健康保険組合 殿