

健 康 保 険
特 定 疾 病 療 養 受 領 証 書
交 付 申 請

健康保険証の記号 番 号	—		
被 保 険 者 氏 名		生年月日	年 月 日
認 定 対 象 者 氏 名		生年月日	年 月 日
認 定 対 象 者 住 所 及 び 電 話 番 号	〒 Tel		
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 (H I V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 <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> 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 年 月 日

住所

氏名

⑩

P&G グループ健康保険組合 殿