

受付	年	月	日
決定	年	月	日

決 裁				
常務理事	事務長	課長	係長	担当

健康保険
特定疾病療養受療証
 交付申請書

被保険者の記入欄	被保険者の	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	被保険者証の	記号 番号 —
	認定対象者の	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	被保険者との続柄	
	認定対象者の 住所	〒 — TEL ()			
	疾病名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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因子障害等(血友病) 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症			

医師の意見欄	年 月 日				
	上のおり診療を受けていることに相違ありません。				
	医療機関の		名 称		
	所在地		医師名		

上記のとおり申請します。 年 月 日

京葉ガス健康保険組合理事長 殿

被保険者 〒 —
 住所 _____
 氏名 _____

[受付] [確認]