

健保決裁欄	理事長・常務理事	所属長	担当者	係員	受付年月日	決定年月

特定疾病療養受療証交付申請書

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

事業所名 (コード)		()					
被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成			被保険者証の 記号番号	記号	番 号
	認定対象者の 氏 名	認定対象者 の生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成		被保険者 との続柄	
	認定対象者の 住 所	(〒) 電話 () -					
	疾 病 名	<input type="checkbox"/> 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 (いわゆる血友病) <input type="checkbox"/> 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。	
	平成 年 月 日	名 称
		医療機関の 所在地
		電 話 () -
	医 師 名	(印)

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

(〒)

住 所 _____

被保険者 氏 名 _____ (印)

電話番号 () - _____