

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

認定対象者が家族の場合、家族の氏名、生年月日、続柄を記入してください。

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)		〇〇(株) △△ (事) (1000)	
被保険者が記入する欄	被保険者氏名及び生年月日	健 保 太 郎	被保険者証の記号番号
		<input type="checkbox"/> 昭和 40年 4月 4日	1 0 1 2 3 4 5 6 7
		<input type="checkbox"/> 平成	
	認定対象者の氏名	健 保 一 郎	認定対象者の生年月日
			<input type="checkbox"/> 昭和 18年10月10日
		<input checked="" type="checkbox"/> 平成	被保険者との続柄 父
	認定対象者の住所	(〒570-XXXX) 〇〇市××町3丁目20番地 電話 (06) 6998-XXXX	
	疾 病 名	<input checked="" 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 26年12月 1日	
	名称	〇×病院
	医療機関の所在地	××市△△町5-55
	電話	(06) 6992-XXXX
	医師名	〇 〇 〇 〇 (印)

上記のとおり申請します。 医師に証明してもらってください。

平成26年12月10日

住所 〇〇市××町3丁目20番地

被保険者

氏名 健 保 太 郎 (印)