

様式 46

事業主 經由
JFE 健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	会社名	所属部課	職場電話		
	対象者氏名	続柄		※			
	対象者 生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女
	疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 3. 後天性免疫不全症候群					
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。						
	令和 年 月 日						
	医師	住所	医療機関名称	氏名	⑩		
電話番号							
上記のとおり申請します。							
令和 年 月 日							
〒 _____							
住所 _____							
被保険者 氏名 _____ ⑩							
生年月日 昭・平 年 月 日 _____							
電話番号 () _____							
J F E 健康保険組合理事長 殿							
					受 付 印		