

事業主 経由  
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
	1 2 3	1 2 3 4 5 6	〇〇〇〇〇	〇〇〇	03-1234-5678
	対象者氏名	山川 花子		続柄	妻 ※
	対象者 生年月日	昭和・平成 **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				

医師が記入

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 住所 医療機関名称 医師 氏名 電話番号

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 ー

住所

被保険者 氏名

生年月日 昭・平・令 年 月 日

電話番号

受付印

JFE 健康保険組合理事長 殿