

グラクソ・スミスクライン健康保険組合 御中

常務理事	事務長			係

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	被保険者名 氏名 生年月日	フリガナ	被保険者証の記号番号	
			記号	番号
		昭・平 年 月 日生		
	認定対象者の氏名	フリガナ	認定対象者の生年月日	続柄
		昭・平 年 月 日生		
認定対象者の住所	〒 TEL - -			
疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群（厚生労働大臣が定める者）			

医師の記入欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。			
	令和 年 月 日			
	名称 所在地 〒 医療機関の TEL - -			
	医師名 (印)			

上記の通り申請いたします。

令和 年 月 日

住所 〒

被保険者の

氏名

(印)

受付日付印