ジブラルタ健康保険組合理事長　殿

健康保険　特定疾病療養受療証　交付申請書

被保険者が記入する欄	健康保険 記号・番号	記　号 [ ]	番　号 [ ]	届出日	年　月　日
	被保険者氏名 （自署）			生年月日	□S・□H 年　月　日
	住　所 電話番号	〒　－ TEL　（　）			
	特定疾病療養 受領証送付希望先 ※簡易書留郵便で被保険者宛に送付しますので受け取り可能なご住所をご記入ください。	□上記住所への送付を希望 上記住所以外への送付を希望される場合のみ、以下にご記入ください。 〒　－			
	認定対象者欄 該当するものに☑のうえ、被扶養者の場合は、対象者氏名・生年月日・続柄をご記入ください。	□　被保険者 □　被扶養者			
		氏名	[ ]	生年月日	□S・□H・□R 年　月　日
		続柄	[ ]		
	疾　病　名 （いずれかに☑）	□　血友病　（診療開始日　年　月　日） □　人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 （透析開始日　年　月　日） □　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） （診療開始日　年　月　日）			
医師の証明欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年　月　日 医療機関の　名称 所在地 担当医氏名				

※「特定疾病療養受領証」の認定は、原則として当申請書を当健保組合が受領した日の属する当月１日からとなります。
但し、月の途中に当健保組合の資格を取得した場合には資格取得日となります。

社会保険労務士の提出代行者

※健康保険の記号-番号に代えて、マイナンバーで申請される場合には、番号欄へ記載してください。

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合
GIB：大槻事務所
PGF・CLIS・協栄年金ﾎｰﾑ・PGI・三栄収納ｻｰﾋﾞｽ・PGｾﾞｼﾞﾈｽｻｰﾋﾞｽ・GIB 労働組合：各事業主の健康保険担当
※各事業主の健康保険担当一覧は右記 QR コードからご確認ください
※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。

健保使用欄									
	伺年月日	年　月　日	発効日	年　月　日	理事長	常務理事	事務(局)長	役職者	担当者
	資格取得日		発行No.						
	月額（区分）	（　）							