

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者 記号・番号			☐ 昭和		
			☐ 平成	年	月	日
			☐ 令和			
	氏名	(フリガナ)	店番	店名		
	住所	(〒)	都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名	生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	疾病名 (1から3の疾病に該当する 番号をご記入ください)	☐ 1. 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Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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。)					

希 望 送 付 先	希 望 送 付 先	いづれかに○を記入ください	勤務先 ・ 自宅 ・ その他	
	その他のところに 送付希望する場合 の送付先	住所	〒 電話 ()	
		宛名	続柄	

医 師 の 意 見 欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。		
	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		
	医療機関の所在地		
	医療機関の名称		
	医師の氏名		
	電 話	()	

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日 (R7.1)

受付日付印

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記入ください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備 考 欄