

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

健康保険証の 記号・番号	記号	番号	事業所 名称	
被保険者	フリガナ		生年月日	
	氏名		昭和・平成 年 月 日	
	住所 〒 _____			
	電話番号（平日昼間の連絡先） _____			
認定証交付 対象者 ※被保険者の 場合は記入不要	フリガナ		生年月日	
	氏名		昭和・平成・令和 年 月 日	
	被保険者との続柄		性別	男 ・ 女
疾病名 ※番号を記入 してください	<input type="checkbox"/>	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ものに限る。）		
受療証 受取方法 選択してください	<input type="checkbox"/> 社内受取（手渡し又は社内メール便） <input type="checkbox"/> 被保険者住所へ郵送（被保険者住所欄に記入した住所宛） <input type="checkbox"/> 被保険者住所以外へ郵送（下記を記入） 〒 _____ 宛名 _____ 電話番号（平日昼間の連絡先） _____			
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				

※保険証の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(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

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してください。

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 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話番号
------------	---

受付印

健康保険組合処理欄

交付年月日	令和 年 月 日	発効年月日	令和 年 月 日
-------	----------	-------	----------

