

常務理事	事務長			担当者	※ 健 保 欄	※受付日	令和	年	月	日
						※交付日	令和	年	月	日

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

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者等の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)					
	住民票住所	(〒 -)	都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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)	<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者に係るものに限る。)				

希 望 送 付 先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。						
	住所	(〒 -)	都 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
宛名							

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	()						

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。

マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)には、認定証は発行されません。
当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に特定疾病の情報が反映されます。

受付日付印

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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄