

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(申請者)情報	被保険者証の	記号	番号	生年月日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	昭和 平成
	氏名	(フリガナ)		
	住所	〒 -		
電話番号	日中の連絡先	TEL	-	-
				携帯 勤務先 自宅
上記住所と別のところに 〒 - 宛先 送付を希望する場合				

認定対象者欄	療養を受ける方	被保険者 被扶養者	氏名	生年月日
	疾病名	昭和 平成 令和		
	該当する番号を記入	<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第Ⅸ因子障害 <input type="checkbox"/> 2.人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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。)		

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	TEL	-	-

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

被保険者証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

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

(R3.10)

組合使用欄	伺	報酬月額	千円
	資格取得	昭和 平成 令和	年 月 日
	扶養認定	昭和 平成 令和	年 月 日
		発効日	令和 年 月 日
		区分	一般・上位所得