

健康保険 特定疾病療養受療証
交付申請書

起案日	令和	年	月	日	決裁日	令和	年	月	日
常務理事	事務長	課長	課長	係長	担当者				

(健保組合使用欄)

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号 番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
	氏名 (フリガナ)	生年月日 昭・平・令 年 月 日
	住所 〒 ー 都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ()
	事業所名称	

- 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

認 定 対 象 者	療養を受ける方 氏名 続柄 生年月日 昭・平・令 年 月 日
	疾病名 <input type="checkbox"/> 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第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。)

- 上記「被保険者情報」欄に**記入した住所以外のところ**に特定疾病療養受療証の送付を希望する場合にご記入ください。

希 望 送 付 先	住所 〒 ー 都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ()
	あて名	被保険者との関係

注：医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

- 下欄に医師の証明を受けるか、診断書等の疾病にかかっていることを証明する書類を添付してください。

医 師 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。 令和 年 月 日	
	所在地	
	医療機関名	
	医師氏名 TEL ()	

受付日付印