

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

常務理事

事務長

業務部長

業務課長

係長

担当者

健保 H・R . 月 / 月額

記入欄 H・R . 月 / 月額

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	事業所名称	
	被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 -		電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

【ご注意ください】 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 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	〒 -	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をご確認いただき、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

マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要となります。社会保険労務士の
提出代行者名記載欄