

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

健保組合へ直接申請可

下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

係	事務長	常務理事
---	-----	------

被保険者欄	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	氏名	(フリガナ)
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		-----
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 () () () 内線 ()
会社名 事業所 所属	※退職者の方は住所をご記入ください。				

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
	疾病名	<input type="checkbox"/>	年 月 日	年 月 日
1から3の疾病に該当する 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八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	上記被保険者欄に記入した(会社・事業所・所属)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	(〒	—)
	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			
電話番号	TEL	()	

[備考]

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、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)

受付日付印

(2021.03)