

常務理事	事務長			係

## 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 ） 情 報	被保険者等記号・番号		氏名	
	記号	番号	フリガナ	フリガナ
	—		(氏)	(名)
	住所			生年月日
	〒 —			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
事 業 所	名称		所在地	
	〒 —			
	所属		(連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など	
		—		

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	被保険者との続柄
			<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 記入してください)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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。)		
障害者手帳の交付	<input type="checkbox"/> 交付済 → 写しを添付します <input type="checkbox"/> 交付前 → 交付されたら速やかに写しを提出します			

希 望 送 付 先  ※ご希望の送付先を 指定してください	<input type="checkbox"/> 上記被保険者住所に送付		
	<input type="checkbox"/> 所属先に送付 ※所属先の健保担当窓口経由で送付します。 所属は支社単位、本社所属窓口は管理室庶務課です		
	<input type="checkbox"/> その他	宛名	被保険者からみた続柄
		住所	〒 —

※ 受療証の発効期日は申請月の初日(健康保険加入月の場合は資格取得日)となります。

医 師 の 意 見 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
	医療機関の所在地 名称 電話番号	
	医師名	

- 資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。
- 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。

令和 年 月 日

受付印

被保険者等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