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			
被保険者証の記号 ・ 番号	氏名		
―	ﾌﾘｶﾞﾅ（氏）	ﾌﾘｶﾞﾅ（名）	
住所		生年月日	
〒　　―		昭 ・ 平　　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	
		昭・平・令　　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）	□	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. 抗ウィ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	□	1. 交付済　→ 写しを添付します 2. 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					
□ 上記被保険者住所に送付					
□ 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				
□ 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	

上記のとおり特定疾病療養受領証の交付を申請します。　　令和　　年　　月　　日

受 付 印

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	