

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 300	番号 123456	フリガナ ケンボ	フリガナ イクオ
			(氏) 健保	(名) 育夫
	住所 〒120-0015 東京都足立区足立〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室		生年月日 昭和 36年2月27日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
事業所	名称 総合警備保障株式会社		所在地 〒107-8511 東京都港区元赤坂1-6-6	
	所属 〇〇〇支社 □□□営業所		内線番号など — ××××	
	事業所の名称、所在地は「本社」 所属には「実際に配置されている支社、部署」を お書きください			

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名 健保 育夫	生年月日 昭和 36年2月27日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者との続柄 本人
	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 checked="" type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" 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 checked="" 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。

令和 〇年 〇月 〇日

・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。

受付印

添付書類

・障害者手帳のコピー

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