

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 部長 課長 係長 担当者

(健保組合使用欄)

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号	番号
	氏名	(フリガナ)	生年月日 昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 ー 都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ()
	事業所名称	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八因子障害又は先天性血液凝固第九因子障害 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	〒 ー 都・道 府・県	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かご確認いただき、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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄