

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

太線内は、すべて記入してください。

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号・番号	—		事業所名					
	被保険者氏名	⑩		被保険者 生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	被保険者 住所	〒							
	電話番号	()							
	認定対象者 氏名		続柄		認定対象者 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	疾病名 【該当する疾病に○】	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(血友病) 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。)							
上記の通り申請します。 令和 年 月 日									

この申請書は、被保険者が当組合に直接、ご送付下さい。健康保険特定疾病療養受療証は、当組合より上記被保険者住所に送付します。但し、被保険者の希望により、事業主を経由して申請書の提出及び受療証の交付は可能です。

希望する場合は、□に✓をして下さい。

本申請書の提出及び受療証の交付を事業主へ委任します。

被保険者住所又は事業主とは別のところに送付を希望する場合は、ご記入下さい。

住所	〒	—
電話番号	()	
宛名		

医 師 の 意 見 欄	上の通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		名称	
			所在地	
			医師名	⑩

【記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

記号・番号の代わりに、マイナンバー(個人番号)を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元(実在の確認)」をできる書類の添付が必要となりますので、当組合までお尋ね下さい。

備考欄

健保受付印

健保決裁印				
常務理事	事務長	課長	係長	係

(給付様式11号)07.04