

【記入例】

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	1234-1234567		事業所名	(株)〇〇 △△支店		
	被保険者氏名	明治 太郎 (印)		被保険者 生年月日	昭和 〇〇年 3 月 3 日 平成		
	被保険者 住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇 △-△-△					
	電話番号	090 (1234) 1234					
	認定対象者 氏名	明治 太郎	続柄	本人	認定対象者 生年月日	昭和 平成 〇〇年 3 月 3 日 令和	
	疾病名 【該当する疾病に〇】	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 〇〇年 6 月 1 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	〇〇年 6 月 5 日	
	医療機関の名称	〇〇病院	
	所在地	東京都〇〇区〇〇1-2-3	
	医師名	〇〇 〇〇	(印)

【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