

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 被保険者記入用



申請書は楷書で枠内に丁寧に記入ください。  
発効期日は原則として書類受付日の属する月の月初となります。

記入見本 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報	被保険者証 記号-番号	記号	番号				
	フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	氏名						
	住所	(〒 - )					
電話番号 (日中連絡先)							

認定対象者	療養を受ける方の 氏名	療養を受ける方の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	疾病名	(1~3の疾病に該当する番号を左にご記入ください。 1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第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。)		

送付希望先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。		
	住所	(〒 - )	
宛名	電話番号 (日中連絡先)		

下欄に医師の証明を受けてください

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
	医療機関所在地
	医療機関名称
	医師の氏名
電話番号	

上記の通り健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

書類提出日	令和 年 月 日
-------	----------

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

※被保険者のマイナンバー記載欄⇒

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R3.6)

社会保険労務士の 提出代行者署名記載欄	
------------------------	--

受付日付印
-------