

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)記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名 (フリガナ)		事業所 名称			
住所	(〒 -)	都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	続柄	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から3の疾病に該当する 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Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固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。)					

希望送付先	1. 事業所宛 2. 上記被保険者情報住所 3. 上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付希望(下記に住所をご記入ください。)					
	住所	(〒 -)	都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
宛名						

医師の意見欄	下欄に医師の証明を受けてください。						
	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						
	医療機関の名称						
	医師の氏名						
電話	()						

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日 (元.22)

受付日付印

備考欄

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)