

健康保険

特定疾病療養受療証交付申請書

事業所	健保		
	担当	事務長	常務理事

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)		
	保険証の記号・番号 (右づめ)	被保険者の所属・氏名		生年月日	
	6 7 6 8	(ワカナ) ○	昭和 平成 令和	年 月 日	
	認定対象者の氏名 及び生年月日・続柄	続柄 ()		昭和 平成 令和	年 月 日
	認定対象者の住所				
疾 病 名 ※該当する疾病名に ☑をして下さい。	<input type="checkbox"/> 人工透析治療を行なう必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子傷害 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子傷害 (血友病、フォンウィルブランド病) <input type="checkbox"/> 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。)				

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
	医療機関の所在地 医療機関の名称 医 師 名 電話 ()

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

健保記入欄	標準報酬月額	千円	一部負担金	1万円 ・ 2万円
-------	--------	----	-------	-----------

上記のとおり特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住 所
被保険者
氏 名
電 話 ()