

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

以下のとおり特定疾病の認定を申請します。

令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][][][][]	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください [][][][][][][][][][][][][]		
	氏名	(フリガナ) _____		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 [][][][][][][]
	住所	(〒 _____)		都 道 府 県 [][][][][][][]		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (_____)				

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☒)

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名	生年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 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)	☐ 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。)			

医 師 の 意 見 欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。				
	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 (_____)					

・資格確認書をお持ちの方に当該認定証を発行します。マイナ保険証を利用されている方には、当該認定証は発行しません。
・新規に資格を取得された場合、健康保険組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証に情報が反映されます。
・当該認定証は所属事業所経由又は被保険者情報欄の住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合に送付先をご記入ください。

住所	(〒 _____)	都 道 府 県 [][][][][][][]
電話番号 (日中の連絡先)	TEL (_____)	
宛名		

常務理事	事務長	担当者

受付日付印
