

健康保険 特定疾病療養受領証 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

常務理事	事務長	課長	係

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等 (右づめ)	〇〇〇	〇〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	〇〇	〇〇
氏名・印 (フリガナ)	デンセツ タロウ		事業所名称	△△ 株式会社		
自署の場合は 押印を省略で きます。	電設 太郎					
<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☑してください。委任せずに被保険者が直接健保組合に提出する場合は、認定対象者の保険証の写しを添付してください。)						

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	電設 花子	生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	続柄	妻
	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)	2	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	被保険者がお勤めの事業所を経由せず、直接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	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	〇〇	都道 府県	〇〇市	〇〇区	〇〇町 〇〇番地
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇					
宛名	電設 太郎						

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	医療機関の所在地	〇〇市 〇〇区 〇〇町 〇〇番地					
	医療機関の名称	〇〇〇〇病院					
	医師の氏名	〇〇〇 〇〇〇					
電話	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇						

上記のとおり健康保険特定疾病療養受領証の交付を申請します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

(29.1)

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄