

# 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
	被保険者証の(右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>
氏名・印 (フリガナ)	-----		事業所名称			
(自署の場合は押印を省略できます。)	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<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	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	続柄
	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	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	(〒	-	)	都	道	府	県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)				
宛名	<input type="text"/>							

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	<input type="text"/>					<input type="text"/>
	医療機関の名称	<input type="text"/>					
医師の氏名	<input type="text"/>						
電話	(	)					

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 年 月 日

(29.1)

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の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

印