

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 険 者 欄	1	被保険者証の記号・番号	記号	—	番号	
	2	被保険者の氏名	(フリガナ)			
	3	被保険者の生年月日	昭和・平成	年	月	日
	4	被保険者の住所	郵便番号	—	電話	()
	5	「4」の住所とは別のところに送付を希望する場合はその送付先	住所	郵便番号	—	電話 ()
	宛名			都道府県		

「6」の該当する□にチェックをつけて、以下必要な項目を記入してください。

認 定 対 象 者 欄	6	療養を受けている方（今回認定を受けようとする方は被保険者本人ですか、被扶養者家族ですか。）	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 → 下記「12」の「疾病名」欄のみを記入してください。 <input type="checkbox"/> 被扶養者家族 → 下記「7」～「12」欄を記入してください。			
	7	療養を受けている方の氏名	(フリガナ)		8	被保険者との続柄
	9	療養を受けている方の生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	11	療養を受けている方の住所	郵便番号	—	電話	()
	12	疾病名 (1から3の疾病名に該当する数字に○印をつけてください。)	1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第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。)			

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してください。

医 師 の 意 見 欄	13	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 ()

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

※健康保険組合使用欄

常務理事	事務長	係	係	係
R4.1 改訂				
被扶養者番号		標準報酬月額	千円	自己負担限度額
交付年月日	令和 年 月 日	発効期日	令和 年 月 日	