

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

常務理事	事務長	担当
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

令和 4 年 4 月 5 日提出

記入見本

被保険者情報	事業所	住吉工場
	住所 電話番号	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ■■■県■■■市■■■区■■■町●-●-● TEL: 090 (1234) 5678
	記号番号	●● - ●●●●●●
	氏名	栗本 空

被保険者証に記載している
記号番号を記入してください

認定対象者情報 被保険者記入欄	氏名	フリガナ (氏) クルト 栗本	姓 (名) クモ 雲	続柄	母	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ■■■県■■■市■■■区■■■町●-●-●								
	疾病名	<input checked="" type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <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因子障害 または 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 <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。)								

あてはまるものにチェックしてください。

医師の意見欄	上のおり診療を受けていることに相違ありません。		令和 4 年 4 月 1 日
	医療機関住所	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇〇丁目〇番地	
	医療機関名称	◇◇◇◇◇総合病院	
	医師氏名	■■■ ■■■	
	電話番号	●● - ●●●●● - ●●●●●	

医師の証明をもらってください。

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)	<input type="text"/>
---------------------------------------	----------------------

必ず確認の上 チェック!

被保険者確認欄
この届出について、以下の要件を満たしたものである
<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成した 或いは 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している

直接健康保険組合へご提出ください。