

記入例

係	事務長	常務理事
押	印	不 要

特定疾病療養受療証交付申請書

※訂正をしたときマイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書のいずれかを見て記入して下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号番号	記号	**	番号	****	被保険者が 勤務している 事業所名称	〇〇〇(株)		
	被保険者氏名	健保 太郎			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	*年	*月	*日
	認定対象者 の氏名	健保 花子		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	*年	*月	*日	続柄 妻
	認定対象者 の住所	〒 ****-**** 三重県四日市市〇〇町**** 電話 (****) ****-****							
	疾 病 名	<input checked="" type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全(開始日 R**年**月**日から) <input type="checkbox"/> 血友病 <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							
受療証の 希望送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 社内便(所属テレNo.: Y*** エリア: A93) <input type="checkbox"/> 社外便(住所:) <input type="checkbox"/> 被保険者の住所へ郵送(特定記録) <input type="checkbox"/> 認定対象者の住所へ郵送(特定記録) <input type="checkbox"/> 直接健保事務所へ来所								

人工透析の場合は、透析開始日も記入して下さい。

医 師 の 意 見 欄	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	名 称	所在地	医療機関の 電 話	医師の押印もれがないかご確認をお願いします。
	医師証明欄					
	医師の押印もれがないかご確認をお願いします。					
	(印)					

上記のとおり申請します。

令和 ** 年 ** 月 ** 日

〒 *** - ****

住 所 三重県四日市市〇〇町****
被保険者 氏 名 健保 太郎

被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

◎健保処理欄

交付年月日	令和 年 月 日	標準報酬月額	千円
認定疾病名	慢性腎不全 ・ 血友病 ・ 後天性免疫不全症候群		
発効年月日	令和 年 月 日	限度額	万円
証回収	令和 年 月 日	備考	

健保受付日付印
