

| | | |
|---|-----|------|
| 係 | 事務長 | 常務理事 |
| | | |

特定疾病療養受療証交付申請書

※訂正をしたときは、二重線で抹消のうえ必ず訂正印を押印して下さい。

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|---|--|----|------|---|---|-------|
| 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 | | |
| | 被保険者氏名 | | | | | 生年月日 | <input 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 | | | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | 続柄 |
| | 認定対象者 の住所 | 〒 - 電話 () - | | | | | | |
| | 疾 病 名 | <input type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全(開始日 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 type="checkbox"/> 社内便(所属テレNo.: エリア:) <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 | | | | | | | |
| 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 電 話 医 師 名 ⑩ | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 〒 - 住所 被保険者 氏 名 | | | | | | | | |

被保険者等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 |
| |