

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

※訂正をしたときは、**保険証を見て記入して下さい。**印して下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号	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 <b>人工透析の場合は、透析開始日も記入して下さい。</b>							
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								

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。		記入もれがないかご確認をお願いします。	
	令和 年 月 日	名称		
	<div style="border: 2px dashed red; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>医師証明欄</b> </div>		所在地	医師の押印もれがないかご確認をお願いします。
			電話	(印)
		医師名		

上記のとおり申請します。

令和 \*\* 年 \*\* 月 \*\* 日

〒 \*\*\* - \*\*\*\*

押印を忘れずに

被保険者氏名

住所 三重県四日市市〇〇町\*\*\*\*  
健保 太郎

健保印

被保険者証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