

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		
	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 ㊟							
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 _____ _____ _____
