

特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	被保険者証の記号番号(左づめ)	記号	番号	枝番	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女
	フリガナ					連絡先	☐ 自宅 ☐ 携帯				
	氏名										
	住所	〒									

療養を受ける方	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
疾病名 1から3の疾病に該当する 番号をご記入ください。	☐ 1 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 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 対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。)					

送付希望先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。										
	住所	〒									町名・番地 都道府県 市区町村 アパート・マンション名
	連絡先	☐ 自宅 ☐ 携帯				宛名					

医師の意見欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付してください。 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										
	医療機関の所在地										
	医療機関の名称										
	医師の氏名										
電話 ()											

※特定疾病療養受療証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

※発効期日は申請月の初日(健康保険加入月の場合は資格取得日)となります。

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日

組合受付印	事業所受付印