

健 保 組 合		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被 保 険 者	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号 (右づめで記入)	事業所名						
				所 属						
保 険 者	被保険者の 氏 名			生年月日	昭・平・令	年	月	日生		
	被保険者の 住 所	〒								
記 入 欄	認定対象者の 氏 名			認定対象者の 生年月日	昭	年	月	日	被保険者 との続柄	
	認定対象者の 住 所	〒								
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群								

医 師 の 証 明 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 医療機関の 所在地 名 称 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

日本製鉄健康保険組合 殿

受付日付印

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。
記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。
(注)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	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	