

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認定申請書

太線枠内をご記入ください。

被 保 者 記 入 欄	健康保険の 記号・番号	記号 1 2 3 4	番号 (右づめで記入) 5 6 7 8 9	事業所名 ○×△(株)
	被保険者の 氏名	健保太郎		所 属 ○×部 ◇◇グループ
	被保険者の 住 所	〒123-4567 ◇◇県○△市◇町×-×-× 電話番号 XX-XXXX-XXXX		
	認定対象者の 氏名	健保 太一郎	認定対象者の 生年月日	昭○年 ×月 △日 被保険者 との続柄 父
	認定対象者の 住 所	〒123-0000 ◇◇県○△市◇町×-×-×		
	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		
	証発行 必要理由	<input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証を持っていない (該当する理由に✓を入れてください) <input type="checkbox"/> 医療機関がオンライン資格確認の導入義務化の例外措置を受けている		
	受療証は事業主経由で送付しますが、健康保険組合届出住所への直接送付を希望する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	<input type="checkbox"/> 直接送付を希望します。		
	※任意継続被保険者の方と、事業主経由の申請を希望しない方は、直接、健康保険組合に郵送してください。 受療証は健康保険組合届出住所へお送りします。			

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 ◇◇県○△市◇◇町*- 名称 ○○○病院 医師名 ○○○ ○○
----------------------------	--

上記のとおり申請します。 令和 ○年 ×月 △日 被保険者氏名 健保太郎
--

日本製鉄健康保険組合 殿

受付日付印

健康保険の記号・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	