

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 1 2 3 4	番 号 (右づめで記入) 5 6 7 8	事業所名 ○×△(株)
	被保険者の 氏 名	健保 太郎		所 属 ○×部 ◇◇グループ
者	被保険者の 住 所	〒 123-4567 ◇◇県○△市◇町×-×-×		
	認定対象者の 氏 名	健保 太郎	認定対象者の 生年月日	昭 ○年 ×月 △日 平・令
記 入 欄	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		

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 住 所 ◇◇県○△市◇町×-×-×

氏 名 健保 太郎

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	