

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	
者 記 入 欄	被保険者の 氏 名	Ⓜ 氏名を本人自ら署名した場合押印は不要		生年月日	昭・平 年 月 日生
	被保険者の 住 所	〒			
欄	認定対象者の 氏 名		認定対象者の 生年月日	昭 平 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。 平成 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。

平成 年 月 日

住 所  
被 保 険 者  
氏 名

Ⓜ

新日鐵住金健康保険組合 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	Ⓜ