



# 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

( 健 保 組 合 に ご 提 出 く だ さ い )

記入例

※ 受付月の初日から有効です。前月に遡っての発行はいたしません。

被 保 者 が 記 入 す る 欄	健康保険証	記号 <b>3000</b>	番号 <b>10</b>	被保険者の個人番号 (マイナンバー) <small>(*左欄/記号番号記入の場合は、不要です)</small>								
	被 保 者	氏名	<b>不動産 太郎</b> 			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<b>45 年 5 月 1 日</b>				
		住所	〒 <b>150 - ××○○</b> <b>渋谷区○○○</b>									
		電話番号 (日中連絡のとれる番号をご記入ください)	TEL <b>090(○○○○)○○○○</b>									
認 定 対 象 者	氏名	<b>不動産 一郎</b>			被保険者との続柄	<b>長男</b>						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	<b>8 年 12 月 15 日</b>			性別	<b>男</b> · 女					
	住所	〒 <b>150 - ××○○</b> <b>渋谷区○○○</b>										
	疾病名 (該当する番号をご記入ください。)	<b>2</b>	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 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。)									

医 師 の 意 見 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 <b>28</b> 年 <b>7</b> 月 <b>1</b> 日							
	医療機関の所在地 〒 <b>106-0001</b> <b>港区○○○</b>				電話 <b>03(○○○○)○○○○</b>			
	医療機関の名称 <b>××大学病院</b>				医師の氏名 <b>東京 一郎</b> 			

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。

※ 窓口での交付は行っておりません。

以下は記入しないでください。

処 理 結 果			
発効年月日	平成	年	月 日
標準報酬月額	平成	年	月

課長委任	係長	係員

受付日付印