

健 保 使 用 欄	常務理事	事務長		担当

## 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号	番号	事業所名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒			
	電話番号 (日中の連絡先)	電話	( )		

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	住所	〒		
	電話番号 (日中の連絡先)	電話	( )	続柄
	疾病名 (該当に○)	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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。)		
	公費の有無 (どちらかに○)	有 (窓口負担をしていない人)		無 (窓口負担をしている人)

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。			
	令和 年 月 日			
			所在地	
			医療機関 名称	
			医師名	(印)
		電話		

◎ 注意事項

- ・受療証の発効年月日は申請のあった日(健保受付日)の属する月の初日となります。
- ・次に該当した場合は受療証を返却してください。
  - ①資格喪失時 ②被扶養者から外れたとき ③75歳に達した(後期高齢者に該当)とき
  - ④特定疾病の該当ではなくなったとき ⑤腎臓移植等で透析不要になり特定疾病の該当でなくなったとき

備 考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 被保険者氏名

受付日付印