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

被保険者証等 記号・番号	記号 10	番号 123	事業所名	○○○株式会社　○○支店 電話(内線)03-1234-5678(123)
氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健保　太郎		生年月日	(昭和)・平成　60 年　4 月　20 日
住所	〒○○○－○○○○ 東京都○○区○○町１－１－２ △△マンション２０１号室		社員番号	
電話番号 (日中の連絡先)	電話　090(○○○○)○○○○			

認定対象者欄

療養を受ける方	フリガナ　ケンポ　ハナコ 健保　花子	生年月日	(昭和)・平成・令和　62 年　12 月　12 日
住所	〒　○○○－○○○○ 東京都○○区○○町１－１－２　△△マンション２０１号室		
電話番号 (日中の連絡先)	電話　090　(△△△△)△△△△	続柄	妻
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

この欄は医師に記入を依頼してください。

㊞

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

東和薬品健康保険組合

(2019.5.1)