

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 10	番号 123	事業所名 〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(123)
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭和 60年 4月 20日 平成	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室		
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	生年月日 昭和 62年 12月 12日 平成 令和
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町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 元 年 4 月 10 日 被保険者氏名

健保 太郎

受付日付印