

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日				
	被保険者証の (右つめ)	1	〇〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	6	0	0	1	0	1
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ 知ウ	健保 太郎	<input type="checkbox"/> 平成	自署の場合は押印を省略できます。					
	住所	(〒 ××× - ×××× )	東京	都道府県	新宿区 △△ 2-2-2					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (1111) ××××									
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)										

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	健保 秋子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	〇	年	〇	月	〇	日
	疾病名 (1から3の疾病に該当する番号をご記入ください)	2	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。)								

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。										
	住所	(〒 ××× - ×××× )	東京	都道府県	千代田区 △△ 2-2-2						
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (2222) ××××		(健保秋子直通)							
宛名	〇〇大学病院 〇〇病棟 〇〇号室 健保秋子宛										

医師の意見欄	下欄に医師の証	医師の証明を受けて下さい
	上記のとおり診	
	医療機関の所在	
	医療機関の名	
	医師の氏名	
電		

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。 令和 〇 年 〇 月 〇 日

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
 ・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

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(健保記入欄)	交付決定日	年 月 日	常務理事	事務長	担当	担当
	資格取得日	年 月 日				
	所得区分	上位 ・ 一般				

受付印