

常務理事	事務長	担当者

**健康保険特定疾病療養受療証  
交付申請書**

被保険者が記入する欄	保険証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名		
	生年月日	昭・平・令	年 月 日			
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭平令	年 月 日	被保険者との続柄
	認定対象者の住所					
	疾病名	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 又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。)				

医師の意見欄	うえのとおり診療を受けていることに間違いありません。
	年 月 日
	名 称 医療機関の 所在地
	医 師 名 <span style="float: right;">⑩</span>

備考欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーによる申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するため添付書類が必要です。)
-----	--

上記のとおり申請します。

年 月 日 干  
(住 所)  
被保険者  
(氏 名)

受付印

記入例

東亜合成健康保険組合 宛

青字→申請者記入  
赤字→病院・医師記入

常務理事	事務長	担当者

健康保険特定疾病療養受療証  
交付申請書

被保険者が記入する欄	保険証の記号・番号	記号 10	番号 99999	被保険者氏名 東亜 太郎		
	生年月日	昭平令 50年6月21日				
	認定対象者の氏名	東亜 桃子	認定対象者の生年月日	昭平令 50年6月21日	被保険者との続柄	妻
	認定対象者の住所	〒123-0000 神奈川県横浜市〇〇区△△1-2-3				
	疾病名	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 又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。)				

医師の意見欄	うえのとおり診療を受けていることに間違いありません。				
	年	月	日		
	医療機関の名称	●●総合病院			
	医療機関の所在地	東京都〇〇区△△4-5-6			
	医師名	(医師の氏名)			印

備考欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーによる申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するため添付書類が必要です。)
-----	--

上記のとおり申請します。

年 月 日

(住所) 〒123-0000 神奈川県横浜市〇〇区△△1-2-3

被保険者

(氏名)

東亜 太郎

受付印

--