

事業所担当者 確認印

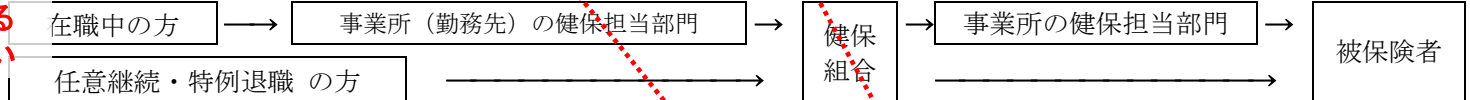
特定疾病療養受療証交付申請書

健康保険組合			
常務理事	事務長	GL	担当者

勤務先の電話番号です
(任継・特退の加入者は自宅TEL)

所属は略称で可
(任継・特退の加入者は記入不要)

健康保険被保険者証に記載されている
「記号」と「番号」をご記入ください
押印不要



被保険者証		被保険者氏名	申請日	令和 2 年 1 月 5 日	
記号	番号			所属	足研知財部
1234	56789	健保太郎	TEL	0465(73)76** 内線: 76-***	
受給者氏名		性別	生年月日	続柄	交付年月日
健保康一郎		1. 男 2. 女	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 25 12 18 年 月 日	父	令和 年 月 日
疾病名		1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			
被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。 ※マイナンバーで申請の場合:-1.本人確認のため書類(番号カード等の写し等)も添付してください。 -2.申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。			備考欄		

選択肢のある項目は、それぞれ
該当を○で囲んでください

医師の証明	1. 血友病と認定した日	令和 年 月 日
	2. 人工透析治療を開始した日	令和 年 月 日
	3. 抗ウイルス剤投与を開始した日	令和 年 月 日
上のとおり診療を受けていることに相違ありません。 療養を担当した医師が証明を記入する欄です。		
名称		
医療機関の所在地		
TEL		
医師名		

記入上の注意	1. 太枠の中を記入して下さい 2. 氏名は楷書でわかりやすく書いて下さい 3. 性別・元号 → 該当数字を○で囲む 4. ペン又は、ボールペンで記入して下さい (鉛筆書きは不可です) 5. 印は朱肉印をお願いします
--------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------