健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●該当する□に✔を記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要
●記入漏れがある場合、支給が遅れる場合あり

必ず記入してください

下記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します

申請日:令和 ２年 １ 月１０ 日

被保険者(申請者)情報	保険証	記号	１ ２ ＊ ＊	番号	＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊	
	事業所	会社名称	○○○○㈱	所属部署	○○工場 ○○部	従業員番号 ※事業主から指示があった場合のみ
	氏名	(フリガナ) ケンコウ タロウ 健 康 太 郎	確認欄	□	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している	
	生年月日	□ 昭和 ☑ 平成 □ 令和 1年 １０ 月 １０ 日	電話番号(日中の連絡先)	０４２(＊＊＊) ＊＊＊＊		
	住所	(〒 １９１－＊＊＊＊) 東京 (都) 道 府 県 日野市○○１－１△△マンション１０１				
	☑ 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	療養を受ける方	氏名	健 康 花 子	生年月日	□ 昭和 ☑ 平成 □ 令和 ２ 年 ２ 月 ２日	
	疾病名	□	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			
		☑	人工腎臓を実施している慢性腎不全			
		□	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					
	宛名			電話番号(日中の連絡先)	( )	
	住所	(〒 －) 都 道 府 県				

医師の意見欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください	
	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
	医療機関の所在地	医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください
	医療機関の名称	
	医 師 の 氏 名	印
	電 話	( )

被保険者のマイナンバー記載欄	(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

R3.4改訂