

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

本申請は原則、本申請書を日野健保が受付した月の1日から認定します。

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号番号	記号	番号		
	事業所	会社 名称	所属 部署	従業員 番号	※事業主から指示があった場合のみ記入
	氏名	(フリガナ)		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	年	月	日
	住所	(〒 -) 都 道 府 県			
認定対象者情報	療養を 受ける方	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)			
	家族の場合は その方の氏名	(フリガナ)		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	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)			
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 医療機関の名称 医 師 の 氏 名 電 話 ()				
	印				
	受療証の紙交付				
	☐ 1. マイナ保険証を持っているため紙交付は不要 ☐ 2. 以下交付理由により紙交付を申請する ※以下、該当理由に☑し該当箇所を記入				
受療証の紙交付	交付理由	マイナンバーカードを ☐ 紛失 ☐ 更新中 (手続日: 年 月 日) ☐ マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を補助する必要がある ☐ 電子証明書の有効期限切れ (手続予定日: 年 月 日) ☐ 取得していない →取得予定 ☐ あり ☐ なし 【理由: 】 ☐ 保険証利用登録をしていない →登録予定 ☐ あり ☐ なし 【理由: 】 ☐ 利用登録を解除した 【理由: 】 (解除日: 年 月 日) ☐ 返納した 【理由: 】 (返納日: 年 月 日)			
	受療証の 受取方法	☐ 被保険者(申請者)情報記載住所に郵送 ☐ その他 () ※健保窓口で受取り等			

<注意事項>

- 資格を喪失した場合は、速やかに返却してください。
- マイナンバーでの申請を希望する場合は日野健保までご連絡ください。

常務理事	事務長	担当

マイナ保険証保有状況		
確認日	確認方法	確認者
/	☐ 随時連携 ☐ 月次データ ☐ 資格確認書発行(済)	



判 定	☐ 保有なし	⇒ ☐ 登録 ⇒ ☐ 発行手続き
	☐ 保有ありだが発行 ☐ 紛失 ☐ 更新中	
	☐ 保有あり	⇒ ☐ 登録 ⇒マイナ保険証の保有が 確認できたため紙交付なし

受付日付印