

|      |     |  |    |
|------|-----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 |  | 担当 |
|      |     |  |    |

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

|                            |                             |      |    |                |        |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|-----------------------------|------|----|----------------|--------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者等の<br>記号番号              | 記号   | 番号 | 所属事業所<br>及び部署名 | 電話(内線) |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 社員番号                        |      |    |                |        |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 氏名                          | フリガナ |    |                | 生年月日   | 昭和<br>平成<br>年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 申請者住所<br>電話番号 等<br>(日中の連絡先) | 〒    |    |                | 電話 ( ) |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | メールアドレス                     |      |    |                |        |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                            |                  |                                                                                                                                       |         |                         |
|----------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|
| 認<br>定<br>対<br>象<br>者<br>欄 | 療養を受ける方          | フリガナ                                                                                                                                  | 生 年 月 日 | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日 |
|                            | 住所               | 〒                                                                                                                                     |         |                         |
|                            | 電話番号<br>(日中の連絡先) | 電話 ( )                                                                                                                                | 続柄      |                         |
|                            | 疾病名<br>(該当に○)    | 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害<br>3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群<br>(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<br>師<br>の<br>意<br>見<br>欄 | 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                  |  |  |  |
|                            | 所在地                       |  |  |  |
|                            | 医療機関 名 称                  |  |  |  |
|                            | 医 師 名<br>電 話              |  |  |  |

|        |                                                                                                                                                  |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 備<br>考 | 個人番号（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要）                                                                                                                     |
|        | ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。<br>①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点<br>・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点 |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 被保険者氏名

受付日付印