

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

被保険者情報	被保険者証	記号 100	番号 〇〇〇〇〇	所属事業所 及び部署名 〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(123)
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 平成 60年 5月 20日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室 電話 03 (9876) 5432		
	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp		

認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	生年月日	昭和 平成 令和 62年 12月 12日
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室		
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 03 (〇〇〇〇)〇〇〇〇	続柄	妻
	疾病名 (該当に○)	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因子障害また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		

医師の意見欄	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 この欄は医師に記入を依頼してください 医師名

備考	個人番号(マイナンバー)※任意
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は個人番号確認、身元確認のため以下の2種類の書類を添付してください。 ①個人番号通知カードまたは個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し

上記のとおり申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者氏名 健保 太郎

受付日付印