

健康保険 特定疾病療養受療証 認定申請書

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

<注意> 1. 「医師の意見欄」に医師から証明を受けるか、診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付してください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (左づめ)	記号 □□□	番号 □□□□	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 □□□□□□
	氏名	フリガナ			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 □□□□□□
	疾病名 (1から3の該当する番号 に○をしてください)	1 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 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (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)			

送 付 希 望 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。				
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
宛名					

医 師 の 意 見 欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。	年 月 日
	医療機関の所在地	
	医療機関の名称	
	医師の氏名	
	電話番号	

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

健保組合使用欄 (以下は記入しないでください)

常務理事	事務長	課長	係長	係
発効日	令和 年 月 日			
自己負担	1. 一万円 2. 二万円			

受付日付印
