

決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当

記入例

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

<p>◎ 記入の方法は記入しないでください。 ※印は記入例がありますのでご覧ください。</p>	被保険者の記号	被保険者の番号	被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄必須)		性別	
	※	(左詰め) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0	(氏) 健保	(名) 太郎	男・女	
	生年月日		被保険者の住所			
	昭和 年月日 平成 令和 4 7 0 9 0 8	〒100-0000 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101				
	電話番号		被保険者の勤務する事業所			
	03-XXXX-XXXX		名称(会社名)			
			所在地(会社の住所)			
	認定対象者	※適用対象者が本人の場合、氏名欄に「本人」と記入。生年月日・続柄・性別・住所は記入不要。				
		氏名		生年月日	続柄	性別
		(氏) 本人	(名)	昭和 年月日 平成 令和		男・女
認定対象者の住所						
疾病名 ※いずれかに○						
1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全						
2. 血栓症を有する先天性血液凝固第VII因子障害等 【重要】必ず印をお願いします。 押印に変わる重要な事項						
3. 抗原抗体反応陽性を有する後天性免疫不全症候群 (内閣府大臣の定める者に係るものに限る。)						
確認欄		この届出は、(1)と(2)の要件を満たしたものである。※印をお願いします。 ①申請者本人が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。				
医師の意見欄		うえ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 医療機関の名称 所在地 医師名				

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

【訂正方法】

- 訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。

例 : あいうえおーかきくけこ(健保太郎)

保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。