

# 記入例

決	常務理事	事務長	事務次長	担当
裁				

## 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください。  
◎「※」印欄は記入しないでください。

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)	(氏)	(名)	男・女
12345678900	健保	太郎		男・女
生年月日		被保険者の住所		
昭和 平成 令和	年 月 日	〒100-0000 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101		
470908				
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)	
※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。				
認定対象者	氏 名		生 年 月 日	続 柄
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日
	本 人			
	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. 血友病A型(Ⅷ因子欠損)による先天性血液凝固第Ⅷ因子障害				
3. 抗がん剤治療による後天性免疫不全症候群				
【重要】必ず※欄をお願いします。押印に変わる重要事項となります。				
確認欄	この届出書は、①の要件を満たしたものである。※※欄をお願いします。			
✓	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		必ず、医師の証明を もらってください。	
	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

### 【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：—あいいうえお—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。