

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。

被保険者証の記号	被保険者証の番号	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		
1 2 3 4	5 6 7 8 9 0 0	健保	太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 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				
4 7 0 9 0 8						
電話番号		被保険者の勤務する事業所				
03-xxxxx-xxxxx		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)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日		男・女
	本人					
	認定対象者の住所					
疾病名 ※いずれかに○						
1. <input checked="" type="radio"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全						
2. <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 <input type="checkbox"/> 障害等						
3. <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療による免疫不全症候群 (後天性免疫不全症候群 大臣の定める者に係るものに限る。)						
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。					
<input checked="" type="checkbox"/>	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					
必ず、医師の証明をもらってください。						

上記のとおり健康保険特

【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—かきくけこ(健保太郎)

年 月 日提出

受付印