

健保使用欄	交付年月日	令和 年 月 日
	発効年月日	令和 年 月 日

常務理事	事務長		担当者

健康保険 特定疾病療養受領証 交付申請書

被保険者（本人）が記入するところ	被保険者記号・番号	記号	番号	事業所名称		
	被保険者氏名 (自署してください)				生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	住 所	〒 - ()				
	TEL(日中の連絡先)	()				
	記号・番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。					
	療養を受ける方の氏名		続柄		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	疾 病 名	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固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者に限る。				
	上記被保険者住所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	〒 - ()				
	TEL(日中の連絡先)	()				
宛 名						
上記のとおり健康保健特定疾病療養受療者証の交付を申請します。 令和 年 月 日						

医師の意見欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは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。	
	医療機関の所在地	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 年 月 日
	医療機関の名称	
	医師の氏名	
	電 話	

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

2021.04
受付日付印
/-----/