

常務理事	事務長		担当

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者等の 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)												
	社員番号																
	氏名	フリガナ			生年月日	昭和 平成 年 月 日											
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒 電話 ()															
	メールアドレス																

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日											
	住所	〒													
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 ()										続柄			
	疾病名 (該当に○)	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 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 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。)													

医 師 の 意 見 欄	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														
	所在地														
	医療機関 名 称														
	医 師 名 電 話														

備 考	個人番号 (被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要)													
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点													

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 被保険者氏名

ベイカレント健康保険組合

受付日付印