

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	記号番号	番号	所属事業所及び部署名	○○○株式会社 ○○支店 電話(内線) 03-1234-5678(123)							
	100	○○○○○									
	社員番号	○○○○○									
	氏名	フリガナ 健保 太郎	ケンポ タロウ	生年月日	昭和 平成	60	年	5	月	20	日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒○○○-○○○○ 東京都○○区○○町1-1-2 △△マンション201号室 電話 03 ( 9876 ) 5432									
メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp										

認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ 健保 花子	ケンポ ハナコ	生年月日	昭和 平成 令和	62	年	12	月	12	日	
	住所	〒○○○-○○○○ 東京都○○区○○町1-1-2 △△マンション201号室										
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 03 (○○○○)○○○○			続柄		妻					
	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										

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	この欄は医師に記入を依頼してください									
	医師名										

備考	個人番号(マイナンバー)※任意	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は個人番号確認、身元確認のため以下の2種類の書類を添付してください。	
	①個人番号通知カードまたは個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し	

上記のとおり申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者氏名 健保 太郎

受付日付印