

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	1	被保険者証	記号 1 2 3	番号 4 5 6 7	生年月日 昭和 平成	61年10月01日
	氏名	(フリガナ) キョウト タロウ 京都 太郎				
	住所	〒 612-8418 京都市伏見区竹田向代町51-5				
	電話番号	日中の連絡先	TEL	075-672-5381		携帯 勤務先 自宅
2	上記住所と別のところに送付を希望する場合		〒	—	宛先	

認定対象者欄	療養を受ける方	被保険者	氏名	京都 花子	生年月日	昭和 平成 令和	61年12月01日
	被扶養者						
疾病名	2	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第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ものに限る。)					
該当する番号を記入							

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ください。					
	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 4 年 2 月 1 日					
	医療機関の所在地	京都市〇〇区〇〇1-1				
	医療機関の名称	△△総合病院				
	医師の氏名	●● ●●				
電話	TEL	000 - 1111 - 2222				

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。 令和 4 年 2 月 3 日

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

受付日付印

3	備考欄
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

(R1.11)

組合使用欄				伺	報酬月額	千円		
常務	課長	課長補佐	担当	資格取得	昭和 平成 令和	年 月 日	発効日	令和 年 月 日
				扶養認定	昭和 平成 令和	年 月 日	自己負担 限度額	1万円 ・ 2万円