

記入例

常務	事務長		担当

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

下記の通り申請致します。

申請日： 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

※個人番号を利用したの申請には、個人番号および本人確認するための添付書類が必要です。

被保険者の情報	フリガナ	ケンボ タロウ		健康保険証の記号・番号 (または個人番号)
	氏名	健保 太郎		1-〇〇〇〇〇
	生年月日	昭和	平成 〇 年 〇 月 〇 日	所属 部署
	住所 連絡先	〒 000-0000 東京都〇〇区△△ 1-2-3 △△マンション777号室 ☎ 123 (4567) 8900		
	フリガナ	ケンボ ハナコ		被保険者との続柄
認定対象者の情報	氏名	健保 花子		妻
	生年月日	昭和	平成・令和 〇 年 △ 月 △ 日	
	住所 連絡先	〒 被保険者と同居している時は「同上」と記入し、 被保険者と住所が異なる場合は、その住所と連絡先を記入 ☎ ()		
	傷病名 (該当する 番号に○)	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 又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	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	医療機関名称： ※こちらに医師の意見が必要です。
	医療機関所在地： 医師名：

受付日付印