

# 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

## 記入例

被保険者記入欄	被保険者氏名及び生年月日	大東 太郎		被保険者等記号・番号	記号	番号											
		昭和	平成	60	年	1	月	23	日	1	1	2	3	4	5	6	7
	対象者氏名及び生年月日	大東 花子		※対象者が被保険者の場合、同上と記入							被保険者との続柄	妻					
		昭和	平成	令和	60	年	3	月	21	日							
	対象者住所	〒 123-4567 東京都■区××1-2-3															
受療証送付先 ※希望送付先に○をつけてください	1. 事業所 2. 自宅（上記、対象者住所） 3. その他（実家、医療機関等→下欄に記入） 〒 ※上記3.の場合の送付先																
疾病名	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八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う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 所在地
	医師名	
	この欄は医師に記入してもらってください	

被保険者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。)

備考欄	
-----	--

上記のとおり申請します。

令和 元 年 5 月 1 日

住所 東京都〇〇区△△1-2-3

被保険者 氏名 大東 太郎

大東建託健康保険組合理事長 殿

