

# 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者 氏名及び 生年月日	昭和・平成 年 月 日	保険証	記号	番号
	対象者 氏名及び 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	※対象者が被保険者の場合、 同上と記入		
	対象者住所	〒			
	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うけていることに相違ありません。	
	令和 年 月 日	
	名称	
	医療機関	
	所在地	
医師名	印	

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 年 月 日

住所

被保険者

氏名

印

大東建託健康保険組合理事長 殿

本人
起

→

健保
承

→

健保
保

健康保険組合確認欄		
常務理事	事務長	担当者
承認	確認	受付

受付印

健保-012 ③ 19.05