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	※対象者が被保険者の場合、同上と記入 昭和・平成・令和　　年　　月　　日	被保険者 との続柄			
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

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

大東建託健康保険組合理事長　殿

本人	→	健保	→	健保
起		承		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 21.02