

# 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		保険証	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														
	医療機関	名称		この欄は医師に記入してもらってください														
		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 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



健保-012 ③ 21.02

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

