健保使用欄											
マイナ保険証	有 ・ 無			資格取得日	平 令	年	月	日	常務理事	事務長	担当者
承認年月日	令和	年	月	日	資格喪失日	令和	年	月	日		
交付年月日	令和	年	月	日	回収年月日	令和	年	月	日		

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 被保険者（申請者）記入用

マイナ保険証をお持ちの方（資格確認書をお持ちでない方）には、受療証は発行されません。
当健保組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証での受診時に特定疾病の情報が反映されます。

以下のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。　　令和　　年　　月　　日

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号	※こちらを記入した場合、マイナンバー記入不要です。 —	生年月日 昭和 平成　年　月　日	年 齢 歳
氏　名	（フリガナ）	事業所/所属先	
住　所	（〒　　－　　） 都 道 府 県		
電話番号	【自宅】　（　　）　　【携帯】　（　　）		
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	手続き完了後にご連絡させていただきます		

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。　（委任する場合は枠内に✔を入れ、事業所経由で提出してください。）

認定対象者

療養を受ける方の氏名	（フリガナ）	続　柄	生年月日 昭和 平成 令和　年　月　日	年 齢 歳

疾病名（1から3の疾病に該当する番号を選んでください。）

1. 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
2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全
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。）

希望送付先

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

住　所	（〒　　－　　） 都 道 府 県
電話番号	【自宅】　（　　）　　【携帯】　（　　）
宛　名	

医師の意見書

下欄に医師の証明を受けてください。

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。　　令和　　年　　月　　日

医療機関の所在地	
医療機関の名称	
医師の氏名	
電話	（　　）

※被保険者マイナンバー記載欄
（被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です）

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	