健保使用欄								常務理事	事務長	担当者
	受付年月日	令和　年　月　日		資格取得日	平 令　年　月　日					
	承認年月日	令和　年　月　日								
	交付年月日	令和　年　月　日								

記入例

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

被保険者（申請者）情報

被保険者証の記号 と 番号	※こちらを記入した場合、マイナンバー記入不要です。 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇	生年月日 昭和 平成　〇〇年 〇月 〇〇日	年 齢 〇〇 歳
氏　名	（フリガナ）〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇〇	事業所/所属先 〇〇〇〇（株） 〇〇〇〇〇支店	
住　所	（〒 000 — 0000 ） 〇〇 都 道 府 県 〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号		
電話番号	【自宅】 00 （ 0000 ） 0000	【携帯】 000 （ 0000 ） 0000	

☐ 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）〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇〇	続　柄 〇〇	生年月日 昭和 平成 令和　〇〇年〇〇月〇〇日	年 齢 〇〇 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	

上記申請者情報の住所と違う住所への送付を希望される場合は記入してください

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	（　　）

担当した医師が記入

上記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

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

当健康保険組合は、保険証の記号番号のみで処理が可能です。

受付日付印

〈マイナンバーを記入した場合〉
◆本人確認書類の添付が必要です。