

## 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者の記入欄 (該当する番号に○印)	被保険者証の 記号・番号	—	事業所名		
	被保険者の	氏名		生年月日	
		Ⓜ		昭和 平成	年 月 日
		住所			
		〒 —			
	電話 ( )				
	受診者の	氏名		生年月日	被保険者との続柄
		昭和 平成		年 月 日	
		疾病名	1 血友病（血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子 又は第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 （血液製剤に起因するHIV感染者で厚生労働大臣の定める者に限る）		
		医療費助成	1 受けている （乳幼児 ・ 障害 ・ ひとり親 ・ その他 ( )） 2 申請中（予定） 3 受けられない		
受療証の送付先	1 事業所 2 被保険者住所 3 その他 〒 —				
電話 ( )					

被保険者証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

医師の証明欄	上記疾病名が2の場合は、継続性を要する人工透析開始日：	年 月 日
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。	平成 年 月 日
	医療機関の所在地 名称	
	医師の氏名	Ⓜ 電話 ( )

**【添付書類】**

- 医療費助成を受けている場合は、受給者証の写しを添付してください。

健保使用欄	常務理事	事務長	課長	給付課				
					発議日	平成	年	月 日
					発効日	平成	年	月 日
					月額	千円		
					自己負担	1 ・ 2 万円		