

記入例

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証の 記号・番号	9999 - 108		事業所名	〇〇株式会社		
	氏名			生年月日		
被 保 険 者	〇井 〇郎			昭和55年 8月 21日		
	住所					
	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都港区△町〇-〇-〇 電話 03 (3000) 0000					
被 保 険 者 の 記 入 欄 (該 当 す る 番 号 に 〇 印)	氏名		生年月日	被保険者との続柄		
	〇井 〇造		昭和30年 7月 13日	父		
	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（医師の証明欄「※」に記入が必要です。） 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ります。）				
医療費助成	① 受けている（乳幼児・子ども・③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

※年月日は元号でご記入ください。

医 師 の 証 明 欄	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3年 11月 15日
	医療機関の所在地	東京都中央区〇町〇-〇-〇	
	名称	〇△病院	
	医師の氏名	□田〇夫	電話 03 (1000) 0000
※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：			令和3年 11月 13日

【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	年	月	日	
					発効日	年	月	日	
					月額			千円	
					自己負担	1	・	2	万円