

記入例

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者の記入欄 (該当する番号に○印)	被保険者証の 記号・番号	9999 - 108		事業所名	〇〇株式会社		
	被保険者の	氏名			生年月日		
		〇井 〇郎 (井印)			(昭和) 平成 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						
	受診者の	氏名		生年月日		被保険者との続柄	
		〇井 〇造		(昭和) 平成 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) 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：平成 22年 4月 15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 22年 4月 16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 〇田〇夫 (田印) 電話 03 ( 3000 ) 0000

【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