

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	氏名		生年月日		
				年	月	日
		住所				
		〒 —				
			電話 ()			
	受 診 者	氏名		生年月日	被保険者との続柄	
				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 （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 ・ 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。）

※年月日は元号でご記入ください。

備考欄

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。		年	月	日	
	医療機関の所在地 名 称					
	医 師 の 氏 名		電話 ()			
		※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

【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		