

1

保険証に記載の
記号・番号を
ご記入ください。

(右詰め)

被保険者(本人)

被扶養者(家族)とも
記号・番号は同じです。

2

認定対象者を
ご記入ください。
被保険者(本人)
の場合は
本人について
ご記入ください。

3

自宅での受け取りが
できない場合に
ご記入ください。
不備等により書類を
お返す場合も
この送付先へ送付します。

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

1 記号 番号 生年月日 年 月 日

被保険者証の
(右詰め) 昭和 平成 令和

氏名

住所 〒 愛知 市 区 町 丁目 マンション101

電話番号 (TEL)

2 療養を受ける方 氏名 生年月日 昭和 平成 令和

疾病名 1. 血腫分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害又は先天性血液凝固因子障害
2. 人工腎臓を装着している慢性腎不全
3. 放射線治療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。

3 住所 〒 愛知 市 区 町 丁目 マンション101

電話番号 (TEL)

宛名

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。

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 2 年 10 月 19 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

電話

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。
(マイナンバーにより申請する場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類を添付の上、この欄に記載してください。)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

印	令和	年	月	日
事務理事	事務長	課長	係長	係

1/1 (R3.3)

- ご記入後は当組合へご提出ください。
- 申立(お電話等)による交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。
- 申請書が当組合に届き次第、交付いたしますので保険証と併せて医療機関へご提示ください。
- 任意継続や定年再雇用等で保険証の記号番号が変更になる場合、保険証と同じ記号番号の認定証の交付が必要です。再度申請ください。