

記入例

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

1

被保険者等記号・番号は、

- ①マイナポータル、
- ②資格情報のお知らせ、
- ③資格確認書のいずれか
でご確認ください。

(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
お返しする場合も
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

被保険者証等 (本人) 1 2 3 4 5 平成 6 1 7 3 令和

フリガナ ケンコウ タロウ
氏名 健康 太郎

〒 123 - 0000 愛知 名古屋市中区△△△1-1
□□□マンション101

TEL 052 (211) 2439

2 療養を受ける方 氏名 健康 花子 生年月日 平成 6 2 5 1 令和

疾病名 (1から3の疾病に該当する毎年をご記入ください) **2** 1. 血液分画異常を疫学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. 透析療法を疫学している先天性免疫不全症候群 HIV感染を合併、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

3 住所 〒 - - 愛知 寄附 寄附
電話番号 TEL ()
宛名

医師の意見書 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 ○○○○病院
医療機関の名称 名古屋市中区丸の内3丁目1-35
医師の氏名 薬業 一郎
電話 052 (211) 2294

被保険者等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、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

氏名	年	月	日
代表理事	事務局長	課長	係長

1/1 (87/2)

■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マイナ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健康保険の記号番号が変更になる場合、変更後の記号番号の認定証の交付が必要です。再度申請ください。

■提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35

名古屋薬業健康保険組合 業務課

TEL: 052-211-2439

HP: <https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>

(R7.3)