

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

常務理事	事務長	担当者

下記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

選択肢のある項目はそれぞれ該当するものに○を付けてください

被 保 険 者	被保険者証	記号 1 3 * *	番号 1 2 3 * * * *	申請日 令和 3 年 4 月 10 日
	氏名	横浜 康健		生年月日 昭和 45 年 6 月 7 日
	住所	〒 11* - 00**) 電話番号 (日中の連絡先) : 090 (12**) 34** 東京都 北区 北赤羽 3丁目4番**号 YRCマンション504		

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名	横浜 保美	生年月日	昭和 46 年 8 月 10 日
	疾病名 (該当の番号に ○)	1. 血友病 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 (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)			

希 望 送 付 先	上記の被保険者欄に記入した住所とは別のところに送付を希望する場合にご記入ください。			
	住所	〒 -)		
	受取人氏名	電話 ()		

【被保険者のマイナンバー記載欄】 ※上記に被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- マイナンバーで申請の場合: 1. 本人確認のため、書類 (通知カード等の写し) も添付してください。
2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

医 師 の 意 見 欄	下欄に医師の証明を受けるか、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 年 月 日			
	医療機関の所在地	<p>医療機関が証明する欄です。 診療を受けている医療機関で証明を受け 健保組合へ提出してください。</p>		
	医療機関の名称			
	医師の氏名			
電話				

健保受付印