

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

事務長	部長	課長	係長	主任	係

被 保 者 情 報	記号	9 9 9 9	番号	7 5	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)				
	氏名	(フリガナ) ケンポ ダイスケ	生年月日	元号 昭和 6 1 1 0 2 2	年 月 日
	健保 大介				
住所	(〒 000 - 0000)	愛知 都道府県	〇〇市〇〇町〇番〇〇〇		
電話番号 (日中の連絡先)	000 (000) 0000				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					

認 定 対 象 者 欄	氏名	(フリガナ) ケンポ ナツコ	生年月日	元号 昭和 6 2 0 3 0 5	年 月 日
	療養を受ける方	健保 夏子			
	疾病名	2	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅳ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅳ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先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。)		

医師の意見欄

下記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してください。

上記のとおり診断を受けていることに相違ありません。 令和〇年12月1日

医療機関の所在地 愛知県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地 都道府県

医療機関の名称 〇〇〇病院 都道府県

医師の氏名 保険 太郎

電話番号 000-000-0000

希望送付先

・マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)には、認定証は発行されません。
 当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受信時に減額認定の情報が反映されます。
 ・資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。
 認定証は原則として被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。

住所 (〒 000 - 0000) 愛知 都道府県 〇〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

電話番号 (日中の連絡先) 000 (000) 0000

宛名 〇〇〇農業協同組合

上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。 令和〇年12月2日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

確認日付印