

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

被保険者情報	記号	1001	番号	1234567	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和			
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成	01	04	01
					<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)	ケンポ ハナコ						
		健保 花子						
住所	(〒	541 - 〇〇〇〇)	大阪	都道府県	〇〇区△△1-2-3		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	06 (〇〇〇〇)	〇〇〇〇					
<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☑)								

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	健保 太郎	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和						
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成	1	年	5	月	5	日
	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八因子障害又は先天性血液凝固IX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。)								
1 から 3 の疾病に該当する 番号をご記入ください											

希望送付先	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。											
	住所	(〒	541 - 〇〇〇〇)	大阪	都道府県	〇〇区△△×-×-×					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	06 (〇〇〇〇)	〇〇〇〇								
宛名	株式会社 iDA											

医師の意見欄	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 〇 年 7 月 7 日										
	医療機関の所在地	大阪府大阪市〇〇区□□×-×-×									
	医療機関の名称	株式会社 iDA									
	医師の氏名	〇〇 〇〇									
電話	06 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇										

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 年 月 日

被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

被保険者のマイナンバー記載欄

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

(R.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄