

健康保険 特定疾病療養受領証 交付申請書

常務理事	事務長	担当者

被保険者欄	1 被保険者の記号・番号	—	2 被保険者氏名	
	3 被保険者住所地	〒 —	4 電話番号 (日中の連絡先)	— —

認定対象者欄	5 療養を受ける方	氏名	生年月日	□昭和 □平成 □令和	年 月 日									
	6 疾病名					※ 1から3の疾病に該当する番号を記入してください								
	<input type="checkbox"/> 1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VII因子障害又は先天性血液凝固第IX因子障害（血友病） <input type="checkbox"/> 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析） <input type="checkbox"/> 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）													
	7 認定証送付希望先													
	※被保険者欄の3被保険者住所地とは別のところに送付を希望する場合に記入してください													
	<table border="1"> <tr> <td>住所</td> <td>〒 —</td> <td>電話番号 (日中の連絡先)</td> <td>— —</td> </tr> <tr> <td>宛名</td> <td colspan="3"> </td> </tr> </table>						住所	〒 —	電話番号 (日中の連絡先)	— —	宛名			
	住所	〒 —	電話番号 (日中の連絡先)	— —										
宛名														

【留意事項：申請者（被保険者）殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者（被保険者）の署名が必要となります。

※認定証の発効年月日については、当組合に受付された日の属する月の初日となります。ただし、申請のあった月に被保険者の資格を取得した者、又は被扶養者となった者については、その資格取得日、又は扶養認定日となります。

医師の意見欄 ※下欄に担当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。					
上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。			令和	年	月 日
<input type="checkbox"/> 医療機関所在地 <input type="checkbox"/> 医療機関名称 <input type="checkbox"/> 担当医師氏名 <input type="checkbox"/> 電話番号					

健保組合使用欄	受付日付印
---------	-------