

|      |     |  |    |
|------|-----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 |  | 担当 |
|      |     |  |    |

## 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

|        |                             |                                                                 |             |                |                                          |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|----------------|------------------------------------------|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者情報 | 被保険者等の<br>記号番号              | 記号<br>100                                                       | 番号<br>〇〇〇〇〇 | 所属事業所<br>及び部署名 | 〇〇〇株式会社 〇〇支店<br>電話(内線) 03-1234-5678(123) |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 社員番号                        | 〇〇〇〇〇                                                           |             |                |                                          |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 氏名                          | フリガナ<br>ケンポ タロウ                                                 | 健保 太郎       |                | 生年月日                                     | 昭和<br>平成 60 年 5 月 20 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 申請者住所<br>電話番号 等<br>(日中の連絡先) | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室<br>電話 03 ( 9876 ) 5432 |             |                |                                          |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | メールアドレス                     | 〇〇△△@〇〇〇.ne.jp                                                  |             |                |                                          |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|        |                  |                                                                                                    |       |      |                               |   |
|--------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|-------------------------------|---|
| 認定対象者欄 | 療養を受ける方          | フリガナ<br>ケンポ ハナコ                                                                                    | 健保 花子 | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 62 年 12 月 12 日 |   |
|        | 住所               | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室                                                           |       |      |                               |   |
|        | 電話番号<br>(日中の連絡先) | 電話 03 (〇〇〇〇)〇〇〇〇                                                                                   |       |      | 続柄                            | 妻 |
|        | 疾病名<br>(該当に〇)    | 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害<br>3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 |       |      |                               |   |

|        |                                 |
|--------|---------------------------------|
| 医師の意見欄 | 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<br>この欄は医師に記入を依頼してください<br>医師名 |

|    |                                                      |
|----|------------------------------------------------------|
| 備考 | 個人番号(マイナンバー)※任意                                      |
|    | ※マイナンバーをご記入いただいた場合は個人番号確認、身元確認のため以下の2種類の書類を添付してください。 |
|    | ①個人番号通知カードまたは個人番号記載の住民票の写し<br>②運転免許証またはパスポートの写し      |

上記のとおり申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者氏名 健保 太郎

受付日付印