伺 の 日	令和	年	月	日
認 定 日	令和	年	月	日
受 付 番 号	第		号	

部 長	課 長	係 長	係

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	事 業 所 名	
	被 保 険 者 氏 名			生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日
				日 中 の 連 絡 先	電 話 ー ー
	被 保 険 者 住 所	〒			
	認 定 対 象 者 氏 名			生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和 年 月 日
疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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。）				

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 年 月 日			
	所在地			
	医療機関の名称			
医師名				

希 望 送 付 先	※上記被保険者住所欄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	〒		電 話 ー ー
	宛 名			被 保 険 者 と の 関 係

注：医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください

備 考	
--------	--

※特定疾病の認定を受ける方は、「健康保険 特定疾病療養受療証」の申請が必要です。

※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、特定疾病療養受療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診時に特定疾病の情報が反映されます。

※マイナ保険証を利用されない方には、特定疾病療養受療証を発行します。

受 付 日 付 印

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

◎記入に際しては、黒のボールペンで丁寧に記入ください。
◎申請用紙は、当組合のホームページよりダウンロードしていただくこともできます。
<https://www.insatukenpo.or.jp>