

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	被保険者証	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 電話 - -			
	メールアドレス				

認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	住所	〒			
	電話番号 (日中の連絡先)	電話	- -	続柄	
	疾病名 (該当に○)	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因子障害また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			
	名称			
	医師名			
電話				

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 被保険者氏名

Works Human Intelligence健康保険組合 理事長 殿

受付日付印