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

被保険者等の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)
社員番号				
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. 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 等		

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 (被保険者等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

受付日付印