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 100	番号 〇〇〇〇〇	所属事業所及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(123)
社員番号	〇〇〇〇〇			
氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	(昭和)・平成 60 年 5 月 20 日
申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒〇〇〇－〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1－1－2 △△マンション201号室 電話 03 (9876) 5432			
メールｱﾄﾞﾚｽ	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp			

認定対象者欄

療養を受ける方	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日	(昭和)・平成・令和 62 年 12 月 12 日
住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1－1－2 △△マンション201号室		
電話番号 (日中の連絡先)	電話 03 (〇〇〇〇)〇〇〇〇	続柄	妻
疾病名 (該当に〇)	(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

この欄は医師に記入を依頼してください

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 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