

記入例

常務理事	部長	課長	係長	係

特定疾病療養受療証交付申請書

下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 3 年 4 月 15 日

被保険者欄	1	被保険者証号 記号・番号	(記号) 123 (番号) 456	2	事業所名称	株式会社〇〇商事			
	3	被保険者の氏名	健保 太郎						
	4	被保険者の生年月日	昭和 平成・令和	55	年	4	月	10	日
	5	被保険者の住所	〒1:1:1-:〇:〇:〇:〇	東京	都道府県	台東区〇〇〇1-2-3	Tel (日中の連絡先)	080 (1234) 5678	
	6	送付先住所 上記「5」と別の住所に送付を希望する場合のみご記入ください	〒1:4:0-:〇:〇:〇:〇	東京	都道府県	品川区〇〇〇4-5-6 品川ビル3階	Tel (日中の連絡先)	03 (3456) 7890	
		宛名	株式会社〇〇商事				※勤務先や入院先等で被保険者本人以外の場合は担当者名 総務課〇〇様宛		

適用対象者欄	7	療養する方の氏名	健保 次郎	8	被保険者との続柄	父			
	9	療養する方の生年月日	昭和 平成・令和	29	年	2	月	15	日
	10	疾病名 (1~3の疾病名に該当する数字に〇印をつけてください。)	1. 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 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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	11	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 3 年 4 月 10 日 医療機関の所在地 東京都台東区〇〇〇3-4-5 医療機関の名称 〇〇総合病院 医師の氏名 健保 五郎 電話番号 03 (3333) 4444
--------	----	---

※健保組合に申請書が届いた月から効力が発生するため、郵送にて申請される場合（月末が近い場合）は、当組合への到着日にご注意ください。

※「特定疾病療養受療証」の交付は、原則、受付日当日に処理・発送（普通郵便）を行います。速達による発送を希望される場合は、返信用封筒（切手を貼付したもの）の添付をお願いいたします。

健保組合記入欄	交付年月日	令和 年 月 日	受付印
	発効年月日	令和 年 月 日	
	標準報酬月額	千円	