

記入例

常務理事	業務局長	業務部長	課長	係長	係

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

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。

平成 27 年 1 月 20 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 55 年 4 月 10 日 平成			
	5	被保険者の住所	〒111-0000 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	〒114-0000 東京 都道府県 品川区〇〇〇4-5-6 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 29 年 2 月 15 日 平成			
	10	疾病名 (1~3の疾病名に該当する数字に○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。 平成 27 年 1 月 15 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	平成 年 月 日	受付印
	発効年月日	平成 年 月 日	
	標準報酬月額	千円	