

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|------|-----|-----|
| | | |

記入例

申請・交付順序 被保険者→勤務先総務人事担当部門→健康保険組合→勤務先総務人事担当部門→被保険者
(任意継続被保険者→健康保険組合→任意継続被保険者)

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|------------------------------|-------------------------|--------------|-----------------------------|
| 被保険者 記入欄 | 提出年月日 | 令和 5 年 5 月 13 日 | | | |
| | 健康保険 被保険者証 | 記号 11 | 番号1234567 | | |
| | 被保険者 | フリガナ | ケンポ タロウ | 事業所名称 | コマツ ○○ 工場 |
| | | 氏名 | 健保 太郎 | | |
| | 認定対象者 | 生年月日 | 昭和 平成 54 年 12 月 26 日 | 所 属 (出向先) | ○○課 TEL 000 (000) 0000 |
| フリガナ | | ケンポ ハナコ | 被保険者との続柄 | 妻 | |
| | 氏名 | 健保 花子 | 性 別 | 男 ・ 女 | |
| | 生年月日 | 昭和 平成 53 年 12 月 5 日 令和 | | | |
| 疾 病 名 (該当する数字 に○印をつけて ください) | 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因子障害又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 (白血病) 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V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 | 上記の通り診療を受けていることに相違ありません。 | | | |
| | 令和 5 年 5 月 10 日 | | | |
| | 医療機関の所在地 | ○○県○○市○○丁目○番地 | | |
| | 医療機関の名称 | ○○総合病院 | | |
| | 医師名 | 小松 二郎 | | |
| | 電話 | 000 (000) 0000 | | |

上記の通り健康保険特定疾病療養受領証の交付を申請します。

令和 5 年 5 月 13 日

受付日付印

被保険者住所○○県○○市○○

被保険者氏名 健保 太郎

【本件、取り扱い事業所担当者名： _____】

※この申請書に記入された個人情報は健康保険業務以外には利用いたしません。