

極秘

発効年月日	令和 年 月 日	常務	事務局長	課長	課長代理	係長	係
資格取得	昭・平・令 年 月 日						
標準報酬月額	千円						
負担限度額	1万円・2万円						
備考							

※上の欄には記入しないでください。

健康保険  
特定疾病療養受療証  
交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者の 記 号		被保険者の 番 号		氏 名	昭和・平成 年 月 日		
					生年月日	電話 ( )		
	被保険者の住所 及び電話番号							
	適用対象者		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日			
	疾 病 名 (該当する疾病名の番号に○してください)		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 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。)					
備考欄								

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。マイナンバーを記載した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

《上記以外の住所に送付を希望する場合、下記の欄に記入してください。》

希望する送付先	〒 -
宛 名	

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
	名 称
	医療機関 所在地
	電話番号
医師の氏名	

社会保険労務士記載欄

受付日付印