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							

※組合使用欄

※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		被保険者の	
記号	9876	番号	54321
氏名	医従　健保		
生年月日	(昭和)・平成 99 年 1 月 1 日		
被保険者の住所及び電話番号	〒 231 － 0000　電話 999 （ 9999 ） 9999 横浜市中区尾上町○○-○○		
適用対象者	医従　花子	生年月日	□昭和 ☑平成 □令和　99 年 12 月 1 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.抗ウィ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 7 年 2 月 1 日

名　称 神奈川県医療従事者病院

医療機関 所在地 神奈川県横浜市中区長者町○○-○○

電話番号 045-999-9999

医師の氏名 健康　太郎

社会保険労務士記載欄

受付日付印