

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

(新規 ・ 再交付)

給審課長	課長補佐	担 当

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。

《被保険者が記入して下さい》

被保険者証	記号	番号	被保険者氏名			
被保険者住所	〒 TEL - -					
対象者	氏名	続柄	生年月日	昭・平	年	月 日
備考						
受療証の送付先 (○をつけてください) ○がない場合は被保険者自宅に送付します	1. 事業所へ交付 2. 上記被保険者住所へ送付 3. 下記住所へ送付 〒 TEL - - (宛名)					
疾 病 名 (○をつけてください)	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群					

※被保険者証の記号番号または個人番号いずれかの記入で申請することができます。(個人番号で申請する場合は、本人確認措置に必要な書類と「個人番号による申請を行うための申出書」が必要です。)

《医療機関へのお願い》下記項目の記入をお願いいたします。

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
所在地	医療機関	名 称	医 師 名		

《組合使用欄》

公費入力 / 入力日 / 受付日

発送 年 月 日

手渡 年 月 日

手渡受取
