

記入見本

常務理事	事務長	担当者

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	XX	9999	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	XXXXXX		
	氏名・印	(フリガナ) アコム タロウ		自署・押印してください。			
	阿込 太郎		アコム印可 → (阿込)				
住所	(〒 123 - 4567)	〇〇	都道府県	〇〇市〇〇1-2-3			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	XX (XXXX) XXXX					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	阿込 華代	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	〇〇年〇〇月〇〇日
	疾病名 (1から3の疾病に該当する番号をご記入ください)	1	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅳ因子障害又は先天性血液凝固Ⅹ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。)			

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。					
	住所	(〒 -)	都道府県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
宛名						

医師の意見欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。					
	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
	医療機関の所在地					
	医療機関の名称					
	医師の氏名					
電話	()					

上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。

令和 XX 年 XX 月 XX 日

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、備考欄へ記載してください。
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

(01.5)

受付日付印

備考欄

社会保険労務士
提出代行者名記載欄

(アコム社員の方へ)
マイナンバーは絶対に記載しないでください。
被保険者の記号番号がわからない場合はお問い合わせください。