

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 証 記 号 番 号	(記号)	(番号)	事 務 所 の 名 称			
	被 保 険 者 氏 名			生 年 月 日	年	月	日
	認 定 対 象 者 氏 名			生 年 月 日	年	月	日
	認 定 対 象 者 住 所						
	疾 病 名	1 血友病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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。)					

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは身体障害者手帳の写し及び前保険者（健康保険組合等）の受療証の写しを添付してください。

医 師 の 意 見 欄	うえのとおり 年 月 日から診療を受けていることに相違ありません。						
	年 月 日						
	住所						
	医療機関名						
	医師名						印

電話 ()

上記のとおり申請します。						
年 月 日						
住所						
被保険者						
氏名						印
労働者健康安全機構健康保険組合理事長 殿						

備 考						
--------	--	--	--	--	--	--

注 意 事 項	<ul style="list-style-type: none"> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全の場合、標準報酬月額が増減により所得区分が変更になったときは受領証を更新いたします。 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（事業所を経由せずにマイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類の添付が必要です）。 					
------------------	--	--	--	--	--	--

() 受付年月日