

届書コード			
6	2	1	0

# 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 欄	1	被 保 険 者 証 (健康保険被保険者手帳) の 記 号 及 び 番 号	左づめ		—		右づめ		
	2	被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ)					①	
	3	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日			
	4	被 保 険 者 の 住 所	郵便番号		—		電話	( )	
	5	「4」の住所とは 別のところに 送付を希望する 場合は、その 送 付 先	住所	郵便番号		—		電話	( )
		宛名	都道府県						

「6」の該当する□にチェック(☑)をつけて、以下必要な項目を記入してください。

認 定 対 象 者 欄	6	療養を受けている方(今回認定を受けようとする方は被保険者本人ですか、被扶養者家族ですか。)	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 → 下記「12」の「疾病名」欄のみを記入してください。 <input type="checkbox"/> 被扶養者家族 → 下記「7」～「12」欄を記入してください。							
	7	療 養 を 受 け て い る 方 の 氏 名	(フリガナ)					8	被保険者との続柄	
	9	療 養 を 受 け て い る 方 の 生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日	10	性 別	男 ・ 女	
	11	療 養 を 受 け て い る 方 の 住 所	郵便番号		—		電話	( )		
	12	疾 病 名 (1から3の疾病名に該当する数字に○印をつけてください。)	1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ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。)							

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してください。

医 師 の 意 見 欄	13	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 平成 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医 師 名 電話 ( )	①
----------------------------	----	---	---

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。

平成 年 月 日

14	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	①
----	-------------------	---

以下は記入しないでください。

受付日付印

協会使用欄			
決裁	登録	審査	
被扶養者番号	標準報酬月額	千円	所得区分
交付年月日	平成 年 月 日	発効期日	平成 年 月 日