

特

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 欄	①	被 保 険 者 証 の 記 号 お よ び 番 号 (左づめ)						—					
	②	被保険者の氏名 (申請者)		(フリガナ)									
	③	生 年 月 日		昭和 平成		年		月		日			
	④	住 所	郵便番号			—				電話番号 (日中の連絡先)		()	
			都 道 府 県										
⑤	送 付 先 ※④の住所とは 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	郵便番号			—				電話番号 (日中の連絡先)		()	
			都 道 府 県										
			宛 名										

認定対象者欄	⑥	療養を受ける方 ※被保険者の場合は記入不要です。	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	⑦	疾病名 〔 1から3の疾病に該当する数字に○印を付けてください。〕	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。

⑧ 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	年	月	日
	医療機関の所在地							
	医療機関の名称							
	医師の氏名							
	電話番号				()			

被保険者証の記号番号を記入した場合は **記入不要** です。
記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄

[illegible]

R4.1

受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部