



船員保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

特

被保険者(申請者)記入用

被保険者 (申請者) 欄	① 記号・番号 (左づめ)										
	② 個人番号 (マイナンバー)										
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)									
	④ 生年月日	[昭和] [平成] [令和]		年		月		日			
	⑤ 住所	郵便番号			—				電話番号 (日中の連絡先)	()	
	⑥ 送付先	郵便番号			—				電話番号 (日中の連絡先)	()	
	※⑤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	[都] [道] [府] [県]	[都] [道] [府] [県]	宛名						

認定対象者 欄	⑦ 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
	⑧ 疾病名 (1から3の疾病に該当する 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。

⑨ 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	()					

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1

受付日付印

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