

# 健康保險 特定疾病療養受療証 交付申請書

A circular icon containing the Chinese character '特' (Special), indicating a special offer or discount.

特定疾病にかかる自己負担の軽減を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。

送付希望先欄	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text" value="          "/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text" value="          "/>
	住所	都道 府県		
宛名				

下欄に医師の証明を受けるか、疾病にかかったことを証明する診断書等を添付してください。

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。

## 医 医療機関の所在地

### 医療機関の名称

医師の手

社会保険労務士の

1 記入欄

## MN確認

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/> 1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)	添付書類	診断書 医療券	<input type="checkbox"/> 1. 添付 (診断書・更生医療の医療券など) 2. 不備	
同時申請	<input type="checkbox"/> 1. 資格取得	<input type="checkbox"/> 1. 扶養者異動届	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者変更訂正		
2 3 0 1 1 3 0 3	その他	<input type="checkbox"/> 1. その他	(理由)	枚数	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



全国健康保険協会  
協会けんぽ

健康保険  
協会けんぽ

### 枚数

受付日付印

(3036 1)

1/1