

※ 組合処理欄				整理番号	
常務理事	事務長	課長	担当者	交付年月日	年 月 日
				発効年月日	年 月 日
				標準報酬月額	千円
				限度額	1万円 ・ 2万円

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	被保険者等 記号・番号		記号	番号	記号・番号がわからない場合はマイナナンバーを記入してください □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □					
	被 保 険 者 欄	氏 名				事 業 所	名 称			
		生 年 月 日	昭 ・ 平 年 月 日生				所在地			
		住 所 ・ 電 話 番 号	〒 - 連絡先 TEL - -							
		☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は ☒)								
	認 定 対 象 者 欄	療養を受ける 方 の 氏 名				被 保 険 者 と の 続 柄				
		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日生							
		疾 病 名 ⇒ 該当する疾病 に○印を付け てください。	1. 人工透析を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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。)							

送 付 希 望 先	1. 被保険者あて, 2. 事業所あて, 3. 認定対象者あて ↓ 対象者が遠隔地先の家族や入院中の病院等あてに送付のとき、以下に記載してください。（病院の場合は、名称・病棟・病室番号等も記載。）				
	住 所 ・ 電 話 番 号	〒 - 連絡先 TEL - -			
	宛 名				

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 ()				

(2024.12)

上記のとおり特定疾病療養受領証の交付を申請します。

受 付 印

令和 年 月 日

《注意事項》

- ・ マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）も、申請があった場合は受療証を発行します。
- ・ 当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に特定疾病の情報が反映されます。
- ・ 受療証の発行年月日は、申請のあった日（受付日）の属する月の初日（申請月が新たに被保険者資格を取得した者、または被扶養者となった者は、当該資格の取得日、または被扶養者認定日）からとなります。そのため、申請書の受付月の初日より前月に遡っての適用はできませんのでご承知ください。