

記入例

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

※太枠線内を記入してください。

被 保 険 者 欄	① 記入日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			↓被保険者氏名は手書きをお願い致します。				
	② 被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏 名	(フリガナ) ケンボ タロウ				
		1	12345		健保 太郎				
被 保 険 者 の 勤 務 す る 事 業 所 名 称	〇〇〇〇株式会社		所属・電話番号	△△△課					
	※任意継続者は記入不要です			(TEL: ×××-××××)					
被 保 険 者 住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇								
	〇〇 都 道 ××市△△町□□番地 府 県								
受 領 証 交 付 対 象 者 欄	③ 対象者氏名 (療養を受ける人)	(フリガナ) ケンボ タロウ	続柄	本人	生年	昭和	年	月	日
	健保 太郎				平成	44	2	1	
傷 病 名 (い ず れ か に ✓)	<input checked="" type="checkbox"/>	人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全							
	<input type="checkbox"/>	血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅳ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害							
	<input type="checkbox"/>	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)							

※受診している医療機関に証明をいただいでください。

⑤ 医 師 の 意 見 欄	上記の通り、診療を受けていることに相違ありません。	
	令和	年 月 日
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>※受診している医療機関に証明をいただいでください。</p> </div>	
T E L :		
医 師 名 :		

~~~~~  
受付印

«記入要領»

① 記入日

申請書を記入した日を記入してください。

② 被保険者証記号・番号、被保険者氏名など

被保険者(従業員)の情報を記入してください。

③ 対象者氏名、続柄など

受領証の交付対象者の情報を記入してください。

④ 傷病名

該当するものに✓をしてください。

⑤ 医師の意見欄

太枠線内を記入後、受診している医療機関にて証明をいただいでください。

記入方法等ご不明な点がございましたら、お手数ですが下記までお問い合わせください。

工機ホールディングス健康保険組合 029-276-7437(内線: 711-3741)