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。

↓被保険者氏名は手書きでお願い致します。

① 記入日	令和　○○　年　○○　月　○○　日				
被保険者欄	② 被保険者等記号・番号	記号 1	番号 12345	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　タロウ 健保　太郎
	被保険者の勤務する事業所名称	○○○○株式会社 ※任意継続者は記入不要です		所属・電話番号	△△△課 (TEL：　×××-××××　)
	被保険者住所	〒 ○○○ － ○○○○ ○○ 都道府県 ××市△△町□□番地 (TEL：△△△ － △△△ - △△△△)　※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください			
受領証交付対象者欄	③ 対象者氏名(療養を受ける人)	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　タロウ 健保　太郎	続柄 本人	生年月日	昭和(○) 平成 令和　年 44　月 2　日 1
	④ 傷病名(いずれかに✓)	☑	人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全		
		☐	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		
		☐	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)		

※受診していている医療機関に証明をいただいてください。

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

※受診している医療機関に証明をいただいてください。

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被保険者等記号・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てください。

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)