

記入例

健康保険特定疾病療養受療証 交付申請書

① 被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号・番号	記号 123	番号 45		
	フリガナ 氏名	タナカ タロウ 田中 太郎		生年月日	昭和 平成 60 年 1 月 1 日
	住所	〒 ●●● - ●●● ● 東京 都道府県 新宿区			
	電話番号 (日中の連絡先)	●●●● - ●●●●		TEL 090 (●●●●) ●●●●	

② 認 定 対 象 者	フリガナ 氏名	タナカ ハナコ 田中 花子	生年月日	昭和 平成 令和 60 年 12 月 1 日
	疾病名 いずれかに○	① 人工腎臓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。)			

③ 送 付 先	上記の「被保険者住所・被保険者宛」以外に送付を希望する場合のみご記入ください。 * 会社宛の場合は社名・部署名等を記入のうえ、個人名を必ずご記入ください。 * 医療機関宛の場合は事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、医療機関名・病棟・病室番号等を記入のうえ、個人名を必ずご記入ください。 * 個人宅宛で送付先の苗字と受取人の苗字が異なる場合のみ、必ず(様方)をご記入ください。			
	住所	〒 ●●● - ●●● ● 東京 都道府県 新宿区		
	電話番号 (日中の連絡先)	大久保 ● - ● - ●		TEL 03 (●●●●) ●●●●
	社名・部署名 医療機関名 病棟・病室番号等	宛名 (個人名)	佐藤 ●●	田中 花子 (様方) 様

④ 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	東京都新宿区新宿 ● - ● - ●
	医療機関の名称	●●●総合病院
	医師の氏名	■ ■ ■ ■
	電話番号	03 - ●●●● - ●●●●
※医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ)等を使用してください。		

〔備考〕

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要です。)

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 5 年 1 月 15 日

⑤	
---	--

- 本人(被保険者)の情報を必ず記入してください。「昭和 平成」「都道府県」には○をしてください。
住所は必ず被保険者自宅の郵便番号・都道府県から正確に記入してください。TELは日中繋がる被保険者の電話番号を記入してください。
- 療養を受ける方の情報を記入してください。「昭和 平成 令和」には○をしてください。
疾病名1~3のいずれかに○をしてください。
- 「被保険者住所・被保険者宛」以外に送付を希望する場合は *をお読みのうえ、確実に受け取れるよう詳しく記入してください。
住所は必ず郵便番号・都道府県から正確に記入してください。「都道府県」には○をしてください。
送付先欄を記入する場合、宛名(個人名)は必須です。
- 担当医師の証明を受けてください。医師以外の者の作成並びに記載はできません。
- 内容をご確認のうえ、作成日を記入してください。

※ 申請書裏面の留意事項もよくお読みください。