

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	被保険者等 記号・番号	記号 123	番号 45								
		フリガナ	タナカ タロウ		生年月日							
		氏名	田中 太郎		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)	百人町● - ● - ● TEL 090 (●●●●) ●●●●									
②	認定対象者	フリガナ	タナカ ハナコ		生年月日							
		氏名	田中 花子		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〕	被保険者等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、本人確認をするための添付書類が必要です。)										
⑤		上記のとおり特定疾病療養受療証の交付を申請します。 令和 7 年 4 月 1 日										

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 「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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。