

# 記入例

課長	係長	主任	主任	係

## 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 記号一番号	○○○○○ — ○○○○○			
	氏名	健保 太郎	生年月日	昭和 平成	○○年○○月○○日
	住所	〒 - 被保険者の自宅住所をご記入下さい。			
	日中の連絡先 電話番号	TEL	○○ (	○○ )	○○○○

認 定 対 象 者 欄	療養を 受ける方	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成	○○年○○月○○日
		被保険者との続柄	○○	性別	男 ・ 女	
	疾病名	右記番号に○を記入してください。		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。)		

※ 送付希望先欄は、上記被保険者住所と同じ場合は記入いただく必要はございません。

2

送 付 希 望 先 欄	住所	〒	被保険者住所以外の場所に受療証の送付を希望される場合はこちらにご記入下さい。		
	宛名				
	電話	TEL	(	)	

3

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。平成○○年○○月○○日				
	医療機関の所在地	東京都○○区○○町○-○-○			
	医療機関の名称	○○病院			
	医師の氏名	◇◇◇◇◇			
	電話番号	△△	(	△△△△ )	△△△△

[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、本人確認をするための添付書類が必要です。)

※ 受付日付印

上記のとおり健康保険特定疾病療養費受療証の交付を申請します。  
平成 ○○年 ○○月 ○○日

関東ITソフトウェア健康保険組合

- 1 被保険者情報は必ずご記入下さい。
- 2 送付希望先欄は被保険者住所以外の場所に受療証の送付を希望される場合にご記入ください。
- 3 医師の意見欄には担当医師の証明を受けて下さい。

※申請書裏面の留意事項もよくお読みください。