

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	番 号
	123	45
フリガナ	タナカ タロウ	
氏 名	田中 太郎	
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。

⑤

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。)

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。