

常務理事	部長	係長	係

## 健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	5000 — 999	被保険者等の記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
	氏名	産業 健一	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 2 年 10 月 20 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成
	住所・ 電話番号	〒 000-0001 △△市××町1-1 TEL 〇〇-〇〇〇-〇〇〇		

認定対象者	療養を受ける方(被保険者の場合は記入の必要はありません)			
	氏名		生年月日	
	産業 安子		<input type="checkbox"/> 昭和 4 年 10 月 3 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください	
	住所	(〒 - )
	宛名	

医師の意見欄	疾病名	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 抗ウィ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)
	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	
	医療機関所在地 医療機関名 医師氏名 電話番号	医師に記入を依頼してください

- ※ マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)には、認定証は発行されません。  
当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に特定疾病の情報が反映されます。
- ※ 資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。

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 6 年 10 月 1 日