

常務理事	事務長		担当

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者情報	被保険者証	記号 100	番号 〇〇〇〇〇	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ	生年月日	昭和 平成	電話(内線) 03-1234-5678(123)
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室 電話 03 (9876) 5432			
	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp			

認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ ケンボ ハナコ	生年月日	昭和 平成 令和	62年12月12日	続柄	妻
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室					
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇					
	疾病名 (該当に○)	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因子障害また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。)					

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	この欄は医師に記入を依頼してください
	医師名	
	電話	

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

上記のとおり申請します。
令和 〇 年 〇 月 〇 日

大同生命健康保険組合

受付日付印