

## 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者氏名	フリガナ		被保険者証 記号・番号	記号	
	生年月日	年 月 日			番号	
	認定対象者の 氏名		認定対象者の 生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄	
	認定対象者の 住 所	〒 -				
	疾 病 名					

内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

医師の証明欄	<p>上記認定対象者が疾病名( )のため、年 月 日より治療中であることを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>医療機関 所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: right;">電話 - -</p>
--------	--

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -

被保険者 住 所

氏 名

電話 - -

**田辺三菱製薬健康保険組合理事長殿**

- \* 上記記入欄の「疾病名」において 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全に○印をつけられた方は
- ・CAPD(自己連続携行式腹膜灌流)導入期間も含めて、医師の証明を添付してください。
  - ・市区町村などで医療費の一部または全額を免除されている場合、「障害者医療証」などの写しを添付してください。