

特定疾病に該当する場合は、ご一報いただき、速やかに申請してください。

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 ケンボ タロウ 健保 太郎	被保険者証 記号・番号	記号 ***
	生年月日	昭和 ・平成 *** 年 *** 月 *** 日	番号	*****
	認定対象者の氏名	健保 太郎	認定対象者の生年月日	昭和 平成 ** 年 ** 月 ** 日 被保険者との続柄 本人
	認定対象者の住所	〒 ***-**** 〇〇市△△町5-6-7		
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群		

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(1・2・3)のため、令和 **年 **月 **日より治療中であることを証明します。</p> <p>令和 **年 **月 **日</p> <p>医療機関 所在地 〇〇市△△町3-4-5</p> <p>名称 〇〇〇病院</p> <p>医師名 〇〇〇〇</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 **〇〇市△△町5-6-7**

氏名 **健保 太郎**

電話 *****-***-*****

田辺三菱製薬健康保険組合理事長殿

2022.05.10

- * 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。