

専務理事	事務局長	役 席	担 当

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	被保険者等記号・番号 (資格確認書等又は 保険証 参照)	1234	567890	被保険者氏名 及び生年月日	健保 太郎 昭・平 XX年 X月 X日		
	認定対象者の 氏 名	健保 花子		認 定 対 象 者 の 生 年 月 日	昭・平・令 XX年 X月 X日	被 保 険 者 と の 続 柄	妻
	認定対象者の 住 所	〒 123-4567 電 話 03 (0000) 0000 東京都〇〇区△△町 1-2-3					
	疾 病 名 (該当する数字に○印 をつけてください)	① 人工透析治療を必要とする慢性腎不全 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)					
	上記の事由により特定疾病療養受領証の交付を申請いたします。 令和 7 年 8 月 1 日 〒 被保険者 住 所 東京都〇〇区△△町 1-2-3 電 話 03 (0000) 0000 氏 名 健保 太郎 安田日本興亜健康保険組合理事長 殿						
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 名 称 医療機関の 所在地 医 師 名						

～受領証の発行について～

マイナ保険証を利用されている方には受療証は発行されません。事務処理が完了次第、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「特定疾病療養受療証」を発行します。

- ※被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合（任意）は、備考欄へマイナンバーを記入してください。
- ※被保険者証の記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入（備考欄）は不要です。
- ※マイナンバーで申請する場合、当組合へ「個人番号確認」、「本人確認（運転免許証の写し等）」の書類を添付してください。

備考欄：