特定疾病療養受療証 交付申請書

特

特定疾病にかかる自己負担の軽減を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報

被保険者記号・番号	記号（左づめ）	番号（左づめ）
	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和　年　月　日
氏名（カタカナ）	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）半濁点（゜）は1字としてご記入ください。	
氏名		
郵便番号（ハイフン除く）		電話番号（左づめハイフン除く）
住所	都 道 府 県	

認定対象者欄

氏名（カタカナ）	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。
生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和　年　月　日
疾病名	1. 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 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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。）

送付希望先欄

上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。

郵便番号（ハイフン除く）	電話番号（左づめハイフン除く）
住所	都 道 府 県
宛名	

医師の証明欄

下欄に医師の証明を受けるか、疾病にかかったことを証明する診断書等を添付してください。

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

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

電話番号

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
（記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。）

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

以下は、健保使用欄のため、記入しないでください。

受付日付印

健保記入欄）

交付決定日	年　月　日	常務理事	事務長	担当	担当
資格取得日	年　月　日				
所得区分	上位　・　一般				

（20241202）

日清食品グループ健康保険組合