

健康保険 特定疾病療養受給証交付申請書兼 特定疾病療養開始（停止）届

【記入例】

届出日（送付日）を記入してください。

| | | | | | | | | |
|------------------|----|--------|------|--------|-------------|-----------|--------------------------------|--|
| 届出 令和 3年 5月 1日 | | 被保険者証 | | 氏名 | 健康 太郎 | 所属 事業所 | 〇〇〇〇（株）〇〇部 〇〇課 | |
| 記号 | 番号 | | | | | | Tel (000) 123-4567 (内123-4567) | |
| 被 保 険 者 | 20 | 555555 | 生年月日 | 昭 平 | 50年 10月 15日 | 現住所 | 〒 000-1234 広島市中区小町〇〇番〇〇号 | |
| | | | | | | | Tel (000) 9876-5432 | |

| | | | | | | | | | |
|-------------|------|-----------|----|-------------|----|---|----|--|--------------------------------|
| 認 定 者 | 氏名 | | 続柄 | 生年月日 | | | 性別 | 届出理由 (該当箇所に「〇」印をしてください) | 住所 (被保険者の住所と異なる場合に記入してください) |
| | フリガナ | ケンコウ イチロウ | 子 | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | (1) 血友病 (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省の定める者に係るものに限る | 〒 - Tel () - |
| | | 健康 一郎 | | | 24 | 1 | 8 | | |

| | | |
|-------------|-------------------------------------|--|
| 被保険者 確認欄 | <input checked="" type="checkbox"/> | この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |
|-------------|-------------------------------------|--|

| | | |
|-----------------------|--|--|
| 医 師 の 意 見 | 上記のとおり診療を受け、ことに相違ありません。 | 更正医療券 添付書類 〇特定疾病にかかわる更正医療券（写） 〇更正医療券の名称 による証明 (医師の意見不要) |
| | 令和 年 月 日 所在地 医療機関名称 医師名 電話番号 () - | |

被保険者が必ずご記入ください。
記入漏れの場合は、返却させていただきます。

| | | | | | | |
|------------------|------|-----|----|-------|----|-----|
| 健 保 組 合 | 伺 | | | 決定年月日 | 入力 | 受療証 |
| | 常務理事 | 事務長 | 担当 | 年 月 日 | | |

(注意事項)

本申請は、直接健康保険組合に提出してください。

受付印