

(記入例)

健康保険特定疾病療養受療証 交付申請書

退職者は空欄で結構です。  
★従業員の方は、社内メールの宛先に  
使いますので、詳しくお書きください。

被保険者	フリガナ 被保険者氏名	メイデン タロウ 明電 太郎	所属(退職者は空欄で可) 会社名+部署名+地区	明電舎 製造部 生産管理課 101号
	被保険者住所	〒 001 - 0001 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3	電話番号 ( 012 ) 345 - 6789	
認定対象者	フリガナ 氏名	メイデン タロウ 明電 太郎	被保険者から 見た続柄	本人
	現住所 (同一住所なら 「同上」で可)	〒 - 同上	電話番号 ( ) -	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 60 年 7 月 1 日
	疾病名	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 慢性腎不全(人工透析を実施) <input type="checkbox"/> 2. 血友病(血漿分画製剤を投与) <input type="checkbox"/> 3. 後天性免疫不全症候群(抗ウイルス剤を投与、HIV感染者を含む)		

下記の通り申請いたします。

令和 1 年 5 月 1 日

申請書を書いた日

医師の意見欄	
上記の通り診療を受けていることに相違ありません。  医師に証明をもらってください。  発効年月日は、医師記入月の初日となります。 日付変更が必要なときは、別途ご連絡ください。	

記入不要

↓ 以下は健保記入(申請者は記入しないでください)				
健保記入欄		常務理事	事務長	担当
交付年月日	令和 年 月 日			
発効年月日	令和 年 月 日			
受療証送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属部署(宛)			

\* 標準報酬月額の変更によって自己負担額が変わる場合は、改めて申請してください。  
後日、差額の精算が必要になる可能性があります。