

記入例

特定疾病療養受療証 交付申請書

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。 TEL 03 (XXXX) XXXX (印)

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者記入用 **特**

記入方法および添付書類等については、「健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

1 記号・番号は、保険証に記載されています。

被保険者証の (左つめ)	記号 1	番号	生年月日 年 月 日
	2 1 7 0 0 0 2 3	2 1	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 6 1 1 0 2 2
氏名・印	ケンボウ ハヤト 健 保 隼 人 (印)		自写の場合は押印を省略できます。
住所	(〒105-0000)	東京 港区 ○○ 1-1	
電話番号	(日中の連絡先) TEL 03 (XXXX) XXXX	△△マンション101	

2 不備等により書類をお返す場合もこの送付先に送付します。

療養を受ける方 氏名	健 保 美 咲	生年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 62 年 3 月 5 日
疾病名 (1から3の疾病に該当する) (病名をご記入ください。)	2	1 凶悪分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害又は先天性血液凝固因子障害 2 人工関節を埋入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病に併発するものに限る。)	

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

住所	(〒102-0000)	東京 千代田区 ○○ 1-1
電話番号	(日中の連絡先) TEL 03 (○○○○) ○○○○	
宛名	○○株式会社	総務課 ○○△△

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類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。 平成 30 年 7 月 7 日

医療機関の所在地 **東京都品川区△△ 1-1**

医療機関の名称 **○○総合病院**

医師の氏名 **保険 五郎**

電話番号 **03 (△△△△) △△△△**

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。 平成 30 年 7 月 8 日

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人顔写真を添付してください。

3



3 ①の記号番号を記入している場合は、記入不要です。
被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。*1 貼付台紙 に㊦㊧どちらも貼付し、申請書に添付してください。

- ㊦ 身元確認を行うための書類 (いずれか1点)
 - 被保険者の個人番号カード (表面) のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ㊧ 番号確認を行うための書類 (いずれか1点)
 - 被保険者の個人番号カード (裏面) のコピー、個人番号通知のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

*1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。