

| | | | |
|------|-----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当 |
| | | | |

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

| | | | | | |
|--------|----------------------------|---|-------------|----------------|--|
| 被保険者情報 | 被保険者証 | 記号 100 | 番号 〇〇〇〇〇 | 所属事業所 及び部署名 | 〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(123) |
| | 社員番号 | 〇〇〇〇〇 | | | |
| | 氏名 | フリガナ ケンポ タロウ | 健保 太郎 | 生年月日 | 昭和 平成 60年 5月 20日 |
| | 申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先) | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室 電話 03 (9876) 5432 | | | |
| | メールアドレス | 〇〇△△@〇〇〇.ne.jp | | | |

| | | | | | |
|--------|------------------|--|-------|------|-------------------------------|
| 認定対象者欄 | 療養を受ける方 | フリガナ ケンポ ハナコ | 健保 花子 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 62年 12月 12日 |
| | 住所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室 | | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | 電話 03 (〇〇〇〇)〇〇〇〇 | 続柄 | 妻 | |
| | 疾病名 (該当に〇) | 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 | | | |

| | |
|--------|---------------------------------|
| 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 この欄は医師に記入を依頼してください 医師名 |

| | |
|----|--|
| 備考 | 個人番号(マイナンバー)※任意 |
| | ※マイナンバーをご記入いただいた場合は個人番号確認、身元確認のため以下の2種類の書類を添付してください。 |
| | ①個人番号通知カードまたは個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し |

上記のとおり申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者氏名 健保 太郎

受付日付印

アルプス技研グループ健康保険組合 理事長 殿