

常務理事	事務長		担当

※記入例を確認の上、ご記入ください。  
 ※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

## 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	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒		電話	( )
	メールアドレス				

認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	住所	〒		
	電話番号 (日中の連絡先)	電話	( )	続柄
	疾病名 (該当に○)	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 (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。)		

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 年 月 日	
	所在地	
	医療機関 名称	
	医師名 電話	

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

上記のとおり申請します。

受付日付印

因幡電機産業健康保険組合 理事長 殿