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	被保険者等	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)
	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		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　　(　　)			
	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ				

認定対象者欄	療養を受ける方	ﾌﾘｶﾞﾅ	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因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等		

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 (被保険者等記号・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