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	○○○株式会社　○○支店 電話(内線)　03-1234-5678(123)
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　４月　２０日
申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒○○○－○○○○ 東京都○○区○○町１－１－２　△△マンション２０１号室 電話　03　(　9876　)　5432			
メールアドレス	○○△△@○○○.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	〒○○○－○○○○ 東京都○○区○○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　(○○○○)○○○○	続柄	妻
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

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　(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