

健保 使用 欄	承認 ・ 不承認	区 分	常務理事	課長	課長代理	主任	担当
	発効年月日	被保険者・被扶養者					
	年 月 日	不承認理由					
	交付年月日						
	年 月 日						

特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者・ 被扶養者 記入欄	被保険者証	記号	1	番号	1 2 3 4 5 6	被保険者 氏名	健保 組男		
	被保険者の 住所	〒	1 2 3	—	4 5 6 7	生年月日	(和暦) ×× 〇〇 年 5 月 5 日		
	疾病名 (該当疾病に 「レ」を入れ てください)	<input type="checkbox"/>	血友病	<input checked="" type="checkbox"/>	人工透析治療を行なう必要がある慢性腎不全				
	被扶養者が 使用する場合	氏名	健保 組子			続柄	妻	生年月日	(和暦) ×× 〇〇 年 5 月 5 日
	備考欄	被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) ※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。							

医 師 証 明 欄	傷病名	慢性腎不全	初診 年月日	(和暦) ×× 〇〇 年 5 月 5 日
	この届出を 提出する際の 療養の状況	上記の傷病名により外来加療中となっている。 5月より、週3回、1日4時間の人工透析を行なっている。		
	上記のとおり相違ないことを証明します。	(和暦) ×× 〇〇 年 5 月 1 日		
	住所(所在地)	東京都墨田区錦糸町1-1		
医療機関名	東京都立〇〇〇病院			
医師名	〇〇 〇〇〇			
			TEL	03-3333-1111

【注意事項】

◎健康保険証の記号・番号が変更となった場合は、改めて申請してください。
ただし、医師証明欄は未記入で構いません。

受付日付印