

記入例 特定疾病療養受療証の申請をしたいとき

健康保険  
特定疾病療養受療証  
交付申請書

\* 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合、備考欄にマイナンバーを記載してください。  
(その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

右枠内の①・②を確認の上、確認欄口にレ点(チェック)を記入してください		確認欄	この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。				
		(チェック)	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している				
被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号番号	記号	番号	フリガナ	ケンポ タロウ		
		×××	×××××	被保険者氏名	健保 太郎		
	事業所名(所属部署)	日本たばこ産業(株)○○○部					
	フリガナ	ケンポ ハナ					
	認定対象者の氏名	健保 花	生年月日	昭令	年	月	日
		平	×	×	×	×	妻
認定対象者の住所	〒 ××××-×××× ○○市○○区△△町555-1						
個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方		<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (*委任する方は口にレ点を付けてください。)					
備記のとおり申請します。 ジェイティ健康保険組合 理事長 殿 令和 ××年 11月 10日 住所 ○○市○○区△△町2-1 被保険者(申請者) 電話番号 ×××(×××)0000 氏名 健保 太郎							

★被保険者証の記号番号を選択した場合は、今までと同様の手続きで可能となります。  
(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類は不要です。

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、口にレ点にご記入下さい。

《医療機関へのお願い》下記疾病名称の該当項目に○印の記入・証明をお願いします。

医 師 が 証 明 す る 欄	疾病名称	1. 人工透析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. 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)
	上記のとおり相違ありません。 令和 ××年 11月 2日 所在地 東京都港区○○町1-1 医療機関 名称 △△病院 医師氏名 □□ □□ 電話番号 ×××(×××)1111	

疾病名称に該当した場合には、かかりつけの医師に証明を得て下さい。

備考欄	健保受付日付印 ※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方は、個人番号(12ケタ)をご記入下さい。 (注)個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。
-----	---

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。