

常務理事	事務長	係

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名	健保 太郎	被保険者証の	000 - 0000		
	及び生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	記号及び番号			
	認定対象者の氏名	健保 花子	認定対象者の生年月日	昭 〇〇年〇〇月〇〇日 平	被保険者との続柄	妻
	認定対象者の住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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。
	平成 年 月 日
	医療機関の名称 所在地
	医師名

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は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)

備考	
----	--

上記のとおり申請します。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1
被保険者氏名 健保 太郎



ミツバ健康保険組合 理事長 殿