

シャープ健康保険組合

### 健康保険「特定疾病療養受療証」交付申請書

申請される方は、医師の意見書欄に証明を受けた上で、管轄の総務部又は管理部に提出してください。

尚、任意で健康保険者の方は健康保険組合へ提出してください。(所属名欄は記入不要です。)

※ご記入の際は、ボールペン(ボールペン等)をお願いします。

※個人情報保護法は、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的範囲内で取り扱います。

従業員:2000

任 継:100

特 退:1000

被 保 険 者	記号	番号(氏名C)	氏名	勤務地・所属名	日中の連絡先
	2000	999999	シャープ 太郎	勤務地 ( 堺 ) 〇〇本部 〇〇部	社内・直通 ( 090 ) 1111 - 2222
	住所	〒 581 - 8888 大阪府八尾市北亀井町3-3-3			
	被保険者のマイナンバー記載欄 ※被保険者証の(記号)(番号)を記入した場合は不要です				

申 請 内 容	受領証が必要な方	氏 名 ※本人の場合記入不要	性別	生年月日	年齢
	本人・ <b>家族</b>	シャープ 花子	男・ <b>女</b>	<b>昭和</b> 平成 令和 〇〇年 6月 1日	43 歳
	疾病名 ※該当する疾病の番号に○をつけてください <b>1.</b> 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、または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 書	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 (当院での透析開始日 令和 年 月 日)				
	医療機関名				
	所在地				
電話番号					
医師名					

#### 【提出先・問い合わせ先】

シャープ健康保険組合

大阪府八尾市北亀井町3-1-72(〒581-8585)

TEL. 8-578-001386(内線) 050-5530-3927(外線) FAX. 06-6791-7309

医療機関で証明を受けてください

#### 健保記入欄

受付 No.	
決定日	年 月 日
送付日	年 月 日
月額	千円
限度額	1万円・2万円
入力日	年 月 日

常務理事	事務長	課長		担当

事業主受付印

健保受付印