

記入例

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
尚、任意継続及び特例退職被保険者の方
※ご記入は、必ずインクが消えないペン(マ
※個人情報の取り扱いについては、公表
範囲内で取り扱います。

従業員の方は 2000
任意継続の方は 100
特例退職の方は1000

に提出してください。
所属名欄は記入不要です。
ポリシー)に則り、利用目的

被保険者 ご記入欄	被保険者		所属名(会社名・所属・マルチ・連絡先)	
	保険証記号		(勤務地 ○○)	
	保険証番号	××××××	所属名 ○○○○○○	
	氏名	健保太郎	マルチ8-○○○-○○○	
	生年月日	昭平 ××年××月××日	連絡先○○-○○○-○○○	
認定対象者(ご本人の場合は氏名・生年月日は記入不要です、続柄欄は本人と記入しておいて下さい)				
	氏名	健保花子		
	生年月日	昭平・令 ××年 ××月 ××日	続柄	妻
	住所	郵便番号(123-○○○○) ○○県○○市○○町1-2-3 電話番号(○○-○○○-○○○)		
	疾病名	1. 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 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 4. 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。)		
上記のとおり申請します。 令和 ××年 ×月 ×日 被保険者住所 ○○県○○市○○町1-2-3 氏 名 健保太郎 シャープ健康保険組合 殿				
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)		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		

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 平成××年 ×月 ×日)			
	医療機関 ○○○病院			
	所在地 ○○県○○市○○町1-2-3			
	医師名 ○ ○ ○ ○ 印			
電話 ○○-○○○-○○○				

(健保記入欄)(受付No.)

決 定	令和 年 月 日
受療証送付日	
ケンポス入力	
標準報酬月額	千円
自己負担限度額	1万円・2万円

常務理事	事務長	課 長		担当

健保受付印

事業主受付印