

常務理事	事務長		担当

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者情報	被保険者証	記号 100	番号 〇〇〇〇〇	Emp. No. 〇〇〇〇〇	所属事業所 及び部署名 〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(123)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ	氏名 健保 太郎		生年月日 S60年 4月 20日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室 電話 03 (9876) 5432			
	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp			

認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ ケンポ ハナコ	氏名 健保 花子		生年月日 S62年 12月 12日
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室			
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 03 (〇〇〇〇)〇〇〇〇	続柄	妻	
	疾病名 (該当に○)	1. 人工腎臓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因子障害また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			

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。
	令和 <div style="border: 1px solid orange; padding: 10px; text-align: center;">この欄は医師に記入を依頼してください</div> 医師名

備考	(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)
※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

上記のとおり申請します。

受付年月日

R2年 5月 10日

被保険者氏名 健保 太郎

アクセンチュア健康保険組合 理事長 殿