

記入例

(R5.3.31改訂)

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号	1 - 12345
	氏名	健保 太郎
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 45 年 8 月 30 日
	被保険者の住所と連絡先	〒 260 - 0032 千葉市中央区登戸2-2-× 登戸マンション111 (日中に連絡ができる電話又は携帯番号) 043-789-123×

本人の住所を記入して下さい。

認 定 対 象 者	氏名	健保 花子
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 44 年 12 月 10 日
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	被保険者との続柄	妻
疾病名	<input type="checkbox"/> 1. 血友病 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	

認定を受けたい方の氏名等を記入して下さい。

該当する疾病にチェックして下さい。

送 付 先	受療証の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の住所
	希望する送付先にチェックして下さい	<input type="checkbox"/> 社内連絡便【職場名】
		<input type="checkbox"/> 上記以外
		〒 - 住所 宛名

被保険者住所以外に送付先の指定がある場合、こちらに記入して下さい。

医 師 の 意 見 欄	【下の欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。】	
	上の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	医師の意見欄は、診療を受けている病院・医院にお願いし、記入してもらって下さい。
	医療機関の所在地	
医療機関の名称		
医師の氏名		
電話番号		

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 5 年 10 月 5 日

千葉トヨタ健康保険組合理事長 殿

受付印