

| | |
|-------|-------------------|
| 受付年月日 | 令和 年 月 日 |
| 発効年月日 | 令和 年 月 日 |
| 適用区分 | |
| 送付方法 | 直渡し・連絡便・郵便・その他() |

| | | | |
|-----|------|-----|---|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | | |

(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 | — |
| | 氏 名 | |
| | 生 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 |
| | 被 保 険 者 の 住 所 と 連 絡 先 | 〒 — <small>(日中に連絡ができる電話又は携帯番号)</small> |

| | | |
|-----------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 認 定 対 象 者 | 氏 名 | |
| | 生 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 被 保 険 者 と の 続 柄 | |
| | 疾 病 名 | <input type="checkbox"/> 1. 血友病 <input 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 |

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

| | | |
|----------------------------|----------------------------------------------------|---|
| 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 | |
| | 医療機関の所在地 | |
| | 医療機関の名称 | |
| 医師の氏名 | | |
| 電話番号 | | |
| | | ⑩ |

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 年 月 日

千葉トヨタ健康保険組合理事長 殿

| |
|-----|
| 受付印 |
| |