

常務理事	事務長	課長	係長	係員

健 康 保 険  
特 定 疾 病 療 養 受 療 証  
交 付 申 請 書

被 保 者 が 記 入 す る 欄	フリガナ		被保険者証 記 号	
	被保険者氏名		被保険者証 番 号	
	生年月日	昭・平 年 月 日		
	フリガナ 認定対象者の 氏 名		被保険者 との続柄	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	認定対象者の 住 所	〒		
	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 又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。)		
	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)			
	備 考 欄			
	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) 委任する場合でマイナンバーを記載して申請するときは、「委任状などの代理権が確認できる書類」 「代理人の身元確認書類」などの添付が必要です。			

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 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				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 〒

被保険者の住所

被保険者の氏名

電話番号

広島東友健康保険組合理事長 殿