

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	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)
	社員番号				
	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒		電話	( )
	メールアドレス				

認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	〒			
	電話番号 (日中の連絡先)	電話	( )	続柄	
	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 (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。)			

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
	所在地
	医療機関 名称
	医師名
	電話

備考	個人番号（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。

令和 年 月 日

被保険者氏名

アダストリア健康保険組合 理事長 殿

受付日付印