

受付印

記入例

常務理事	事務長	係長	係員

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

◆ ボールペン（フリクション・鉛筆不可）で太枠内全てご記入下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者	記号 〇〇	番号 〇〇〇〇	被保険者氏名	生 年 月 日	
		被保険者（従業員）の氏名、生年月日をご記入ください				
	被保険者の現住所	被保険者（従業員）の郵便番号、住所、電話番号を記入してください				
	事業所名	トヨタ紡織(株)	(その他の事業所名)	トヨタ紡織株の従業員の方以外は、会社名を記入してください		
	所属 ・ 連絡先	所属と所属の連絡先をご記入ください			室・課	係・G
	交付申請対象者の氏名	交付申請される方の氏名、生年月日、続柄をご記入ください				
	交付申請対象者の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と相違(住所をご記入下さい) →				
疾 病 名 (該当に✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全				該当する疾病名に✓を入れてください	
	<input type="checkbox"/> 血 友 病					
	<input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIVを含み、厚生労働大臣の定めるものに限る)					

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
	医療機関の名称			
	医療機関の所在地			
医師名				この欄は医療機関にて証明を受けて下さい。

被 保 険 者 署 名 欄	上記のとおり申請します。			
	令和	年	月	日
	被保険者（従業員）の署名をお願いします			
被保険者氏名				〇〇 〇〇

☆ 提出経路：申請者 → 医師の証明 → 申請者 → 健保組合

☆ 問合せ先：電話 (0566)26-0305 内線 811-3045