

記入例

健康保険 特定疾病療養受療証  
交付申請書

常務理事	事務長	担当	(事業所)

イビデン健康保険組合 御中

提出日 令和 6 年 1 月 1 日

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等	記号	999	番号	9999	被保険者氏名 及び生年月日	健保 太郎						
	被保険者の住 所・電話番号	〒	5	0	3	-	0	9	1	6	電話番号 ( ) -		
		岐阜県	都道		大垣	市区					日の出町1-1		
			府県		郡								
	認定対象者の 氏名	健保 太郎		認定対象者 の生年月日	昭	平	50	年	1	月	1	日	被保険 者との 続柄
認定対象者の 住所	交付が必要な方の内容を記入して下さい												
疾病名	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因子障害又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限る。)												

医 師 の 意 見 欄	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。	病 院 で 証 明 し て ら う
	令和 23 年 3 月 4 日	
	名称 大垣市民病院 医療機関の 所在地 大垣南頼町4-86	
	医師名 大垣 次郎	

上記のとおり申請します。

被保険者等記号・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																				
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

