

発行 No.	
交付年月日	平成 年 月 日
発効年月日	平成 年 月 日

健 保 組 合 決 議 欄			
常務理事	事 務 長	担当責任者	担 当 者

ヤマハ健康保険組合 御中

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

* 被保険者は太枠内をご記入ください。(被保険者@必須)

平成 年 月 日 下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。				
被保険者	被保険者証の 記号-番号	-	氏 名	Ⓜ
	生年月日	昭・平 年 月 日	性 別	男 ・ 女
	自宅住所	〒 自宅電話 () — 携帯電話 —		
	事業所名称			
	課係名		職場電話	メールNO.
認定対象者 (被保険者 本人の場合 は記入不要)	氏 名		生年月日	昭・平 年 月 日
	被保険者との 続柄		性 別	男 ・ 女
	住 所 (被保険者と 同居の場合は 記入不要)	〒 - 自宅電話 () — 携帯電話 —		
疾病名 (1から3の疾病名に該当する 数字に○をつけてください)	1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害また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)			
備 考				

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。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)

※ マイナンバーが記載された書類を提出する場合は、記録の残る「郵便書留等」での送付をお願いします。

* 下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してください。

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。
	平成 年 月 日
	医療機関の所在地
	医療機関の名称
	医 師 名 Ⓜ
	電話 ()

【注意事項】

※ 被保険者氏名自署した場合でも、必ず捺印してください。

※ 被保険者証の記号番号を訂正する場合は、訂正印を押印してください。(修正液等不可)

健 保 組 合 使 用 欄			
備考		発送年月日	健保受付印
		処理年月日	
送 付 先	担当者・職場・自宅(特記)・その他(特記)	証回収年月日	
		証滅失処理年月日	