

健保決裁			
常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印

健康保険 特定疾病療養受領証 交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号-番号	-	令和 年 月 日提出	
	被保険者の氏名		被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	認定対象者の氏名		認定対象者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	認定対象者の住所		被保険者との 続柄	
	疾病名	<input type="checkbox"/> 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 又は先天性血液凝第Ⅸ因子障害(いわゆる血友病) <input type="checkbox"/> 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 所 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
	所在地
	電 話
	医師名

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

エクセディ健康保険組合理事長 殿

上記のとおり健康保険特定疾病療養受領証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住 所
被保険者の
氏 名

受付日付印

※発効期日は、申請月の初日(健康保険加入月の場合は資格取得日)となります。