健康保険　被保険者 被扶養者　特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者情報

	記号	番号　※枝番記載不要	生年月日
被保険者証の（右づめ）	225	1234	☑昭和 □平成 □令和 55年 6月 1日
氏名	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎		
住所	（〒 123 － 1234 ） 神奈川県横浜市青葉区草花1-23-34		
電話番号（日中の連絡先）	TEL 090 （ 1234 ） 5678		

認定対象者欄

療養を受ける方	氏名	健保　太郎	生年月日	☑昭和 □平成 □令和 55年 6月 1日	被保険者からみた続柄 本人

疾病名（1から3の疾病に該当する番号をご記入ください）	2	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固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。）

希望送付先

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

住所	（〒 － ）
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）
宛名	

医師の意見欄

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ください。

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 6 年 4 月 1 日

医療機関の所在地	神奈川県横浜市中区海岸1-1-1
医療機関の名称	神奈川厚生病院
医師の氏名	横浜　花子
電話	045 （ 9876 ） 5432

上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。　令和 6 年 4 月 20 日

※健保組合にて申請を受付した日以降の適用となります。

【提出先】
シーイーシー健康保険組合

【記入上の注意事項】　記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。

□ 訂正者氏名（フルネーム）