

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

(被保険者 ・ 被扶養者)

いすゞ自動車健康保険組合 御中

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。

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者名 フリガナ	生年月日 (才) 記号	番号
		昭和 年 月 日 平成	
	本申請書の提出を事業主に委任します。 <input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成したもの または 記載内容について申請書本人が確認しました。 ※チェックがない場合、受領できません。		
	現住所(居所) 〒 TEL	事業所名	
	認定対象者名 ※被保険者の場合は記入不要 フリガナ	生年月日 (才) 昭和 年 月 日 平成 令和	被保険者との続柄
対象者の住所 (上記現住所と相違する場合に記入) 〒 TEL			
疾病名 ○印記入 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第Ⅸ因子障害 (血友病) 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 ○印記入 社内便がある事業所の方は、なるべく社内便での受取りにご協力ください。 被保険者住所 ・ 対象者住所 ・ 事業所担当者経由 ・ 社内便(地区 コード) その他()			

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 年 月 日			
	医療機関名			
	住所 〒 TEL			
医師名				

(注) ・事業所を経由せず健康保険組合に直接申請も可能です。

郵送→〒252-0806 神奈川県藤沢市土棚8番地 / 社内便→地区:7 コード:健保

・記入もれがあると交付が遅れる場合がありますのでご注意ください。

・当申請書に**マイナンバーの記入は不要です**。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

事業所担当者確認欄

--	--

健 保 使 用 欄	発効年月日	回収日	常務理事	事務長	課長	担当
	令和 年 月 日					