

# 健康保險 特定疾病療養受療証 交付申請書

### 被保險者（申請者）記入用

社員番号

--	--	--	--	--	--	--

被保険者情報	記号	番号	生年月日
	<b>被保険者等 記号・番号 (左詰め)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>氏名</b>	(フリガナ) .....		
<b>住所</b>	(〒 ..... )		
<b>電話番号</b> (目中の連絡先)	( ..... )	<b>メールアドレス</b>	

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日

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	(〒            -            )	都道府県
電話番号 (日中の連絡先)			
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      年      月      日
<div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; border-radius: 10px;">         医療機関の所在地          医療機関の名 称          医師の 氏 名       </div>	

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 年 月 日

(命3, 4)

被保險者簽記是 異見者記入上半欄內並不要求

・被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です。  
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。

#### 被保険者のマイナンバー記載欄

この規則は、本入会規則と並んで、本会員の権利義務を規定するものである。

## 社会保険労務士の 提出代行者名記載