

常務理事	事務長	担当

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号	1	12345		
	被保険者	氏名	健保 一郎		
		生年月日	昭和 平成	53 年 2 月 2 日生	
	認定対象者	氏名	健保 弓子		被保険者との続柄
		生年月日	昭和 平成	52 年 1 月 1 日生	
認定対象者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区××1-9-2 日中連絡が取れる電話番号 (090) 1111 -〇〇〇〇				
疾病名 (番号に○をする)	①人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全 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 先天性血液凝固Ⅸ因子障害 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。）				
該当番号に○をしてください。					
医 師 の 意 見 欄	上のおおりに診療を受けていることに相違ありません。				
	平成 29 年 1 月 4 日	療養を受ける医療機関にて証明をお願いしてください。			
	医療機関の名称	F&Mクリニック			
	所在地	港区西麻布〇〇1-1-1			
医師名	赤坂 進				
電話	03 (××××) ××××				
上記のおおりに健康保険特定疾病療養受領証の申請いたします。		【 受付年月日 】 健保使用欄			
平成 29 年 1 月 10 日					
被保険者住所 東京都〇〇区××1-9-2					
氏名	健保 一郎				
リクルート健康保険組合 理事長 殿					

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い目的外には使用いたしません。

●被保険者証の記号・番号に代えて個人番号を記入する場合の例

個人番号欄は別途設けていませんので、被保険者証の記号・番号欄に個人番号を記入してください。

被保険者
被扶養者 限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の記号・番号	123456789012	事業所名称(所属する会社名)
-------------	--------------	----------------

記号・番号欄に12桁の記号番号を記入してください(記号と番号の間の線は無視していただいても結構です)

※被保険者証の記号・番号に代えて個人番号で届け出をする場合、個人番号確認、身元確認の為、別途書類を提出いただく必要があります。必要提出書類の詳細はホームページ備考欄をご覧ください。