

被保険者証の記号・番号・枝番に代えてマイナンバー（個人番号）を記入する場合は、記号・番号欄に記入してください。  
※別途、確認用の書類の提出が必要となります。

常務理事 事務長 担当

派遣スタッフの方は「リクルートスタッフィング」、任意継続の方は「任意継続」と記入してください。

## 健康保険 特定疾病療養受療証交付

申請日：令和 3 年 4 月 5 日

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	記号 25	番号 111 (枝番)	事業所の名称	会社名 (株) リクルートスタッフィング
	被保険者の氏名と印	健保 太郎			生年月日 1. 昭和 2. 平成 50 年 1 月 1 日 生まれ 3. 令和
	被保険者の住所・電話	〒 100-0000 東京都〇〇区×× 1-2-3-102			日中連絡が取れる電話番号 TEL 090 ( 0000 ) 0000

認定対象者の氏名	健保 花子			生年月日 1. 昭和 2. 平成 55 年 2 月 2 日 生まれ 3. 令和
認定対象者の住所・電話	〒 100-0000 東京都〇〇区×× 1-2-3-102 TEL 080 ( 1111 ) 2222			被保険者との続柄 妻

申請内容	該当番号を○で囲んでください。	①人口腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全
	疾病名 (番号に○をしてください)	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 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わるものに限る)

医師の意見欄	上記の通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	◇「医師の意見」欄には医師から必ず証明を受けてください。
	医療機関	
医師 TEL		

※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、目的外には利用しません。

受付日付