

作成日を記入する→

令和 1 年 5 月 1 日

三菱自動車健康保険組合 御中

(在職中の方は勤務先の健保担当窓口経由でご提出ください)

受付日付印

### 特定疾病療養受療証交付申請書

↓ 該当する方を☑

申請区分※	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	事業主確認印
-------	--	--------

【※申請区分について】初めて申請する場合は 新規、他保険者等で交付を受けていた場合は 継続 に☑する  
※ 紛失などによる再発行については、本用紙では申請できませんので、ご注意ください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者	保険証記号 111	氏 名 三菱 太郎 (印)
		保険証番号 222222	生 年 月 日 昭和 (平成) 令和 1 年 5 月 1 日
	認定対象者	氏 名 三菱 太郎	被扶養者の場合は対象家族の 生年月日や続柄を記載する
		生年月日 昭和 (平成) 令和 1 年 5 月 1 日	被 保 険 者 と の 続 柄 本人
	住 所 〒 108 - 8410 東京都港区芝浦 3 - 1 - 21	現住所を記載し てください	
	傷 病 名 (該当となるものに☑をつける)	<input type="checkbox"/> 血友病 <input checked="" type="checkbox"/> 人工透析を行 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症 該当する傷病名 に☑を入れる	

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。	日
	<p>「医師の意見欄」は受診している医療機関で記載をしていただくものです。「被保険者欄」まで記載したら、医療機関で意見欄の作成を依頼してください。 (医療機関において、文章作成料等の費用を徴収される場合がありますが、その際は自己負担となります。)</p>	
	保険医氏名	(印)

健 保 記 入 欄	承認					担 当
	有効	この欄は、健保で使用しますので、記載しないでください。				
	交付年月日	令和	年	月	日	