

書類作成をした日を記入してください。

令和 年 月 日  
(受付日付印)

始めて特定疾病に該当する場合は「新規」  
以前より対象となっている方は「継続」にチ  
ェックする。

ください)

## 特定疾病療養受療証交付申請書

事業所担当者記入欄 本申請は被保険者が作成したものである →

申請区分※  新規  継続

【※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」  
※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 等	記号	氏名 (自署)	生年月日	昭和 平成 令和
	番号	記号・番号が分からない場合は マイナンバーを記入してください。		
認 定 対 象 者	氏名	昭和 平成 令和	年 月 日	被 と
	生年月日	〒		
	住所	傷病名		
	傷病名	<input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症		

該当するものに✓

被保険者（本人）の方の情報を記  
入してください。

記号番号がわからない場合はマイ  
ナンバーでも申請可能です。

対象となる方の情報を記入してく  
ださい。(対象者が被保険者本人  
でも記入してください。)

医療機関が記入する欄です。  
被保険者記入欄を作成後、担当医師に  
記入してもらってください。

ていることに相違ありません。

令和 年 月 日

所 在 地  
名 称  
保 険 医 氏 名

見 欄 医療機関

## 健保使用欄

(記入しないでください)

書類の提出先は、お勤めの会社の健康保険担当窓口になります。窓口については社内でご確認ください。  
なお、申請後内容確認のうえ「特定疾病療養受療証」を交付しますので、お待ちください。