

別紙のとおり、受療証・通知書を交付いたします。

伺 日：令和 年 月 日
決 裁：令和 年 月 日
送 付：令和 年 月 日

常務理事	事務長	部 長	副部長・次長	担当者

健康保険 特定疾病認定申請書（特定疾病療養受療証交付申請書）

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 生年月日	健保 太郎 昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	被保険者等 記号・番号	〇〇 - 〇〇〇	
	受 診 者	氏名 生年月日	健保 太郎 昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	被 保 険 者 と の 続 柄	本 人
		住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇		
		疾病名 (番号に〇)	1. 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 性血液凝固第Ⅸ因子障害等 ② 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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)		
		マイナ保険証有無 (番号に〇)	1. 有 ②. 無		
		受療証の交付 が必要な理由※	※マイナ保険証をお持ちの方のみ		
	希望送付先 (番号に〇)	※原則として、資格確認書をお持ちの方にのみ、受療証を発行します。マイナ保険証をお持ちの方へは処理が完了した 旨をお知らせする通知書を送付します。当健保組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に特定疾病の 情報が連携されます。 ①. 上記受診者宛て 2. 下記被保険者宛て 3. 事業所経由被保険者宛て 4. その他〔下欄へ記入〕 〒 - (住所) (宛名)			

医 師 の 意 見 欄	〔上記疾病名が2の場合のみご記入願います。 継続性を要する 人工透析開始日 : 令和 〇 年 〇〇月 〇〇日〕 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 〇 年 〇〇月 〇〇日 医療機関の 所 在 地 東京都〇〇区〇〇町□□-□□ 名 称 □□大学病院 医 師 名 病院 一郎 電話番号 〇〇 (□□□□) □□□□
----------------------------	---

上記のとおり申請します。 令和 〇 年 〇〇月 〇〇日

全国労働金庫健康保険組合 御中

〒〇〇〇-〇〇〇〇
被保険者の 住 所 東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇
氏 名 健保 太郎
電話番号 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

※ 疾病名2に係る更生医療券をお持ちの方は、その写しの添付があれば医師の意見欄の証明は要しません。
※ 疾病名3に係る申請の場合は、裁判所より交付された裁判和解調書又は医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構により
交付された通知書の写しを添付してください。医師の意見欄の証明は要しません。

(提出先) 〒101-0052 東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階
全国労働金庫健康保険組合 業務部 TEL 03(5217)3162