

健保使用欄	決 裁							
	申請書受付日	年	月	日	常務理事	事務長	次 長	給 付
	交付決定日	年	月	日				
	資格取得日	年	月	日				
所得区分	上 位 ・ 一 般							

記入例 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 と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	1 0 0 1 2 3 4 5 6	② 事業所名	全日本空輸（株）					
	③ 被保険者の 氏名と印	空野 太郎			④被保険者 の 生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	年	月	日
	⑤ 被 保 険 者 の 住 所 ・ 連 絡 先	郵便番号		東京都新宿区西新宿1-1-1					
		1 6 3 8 6 1 1		連絡先電話番号		03-5001-3550			
	⑥ 対象者が被扶養者 の場合は、その者 の	氏名		生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険 者との 続柄
	⑦ 疾 病 名	<input type="radio"/> 1. 血友病 <input checked="" type="radio"/> 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="radio"/> 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 （H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める定める者に係るものに限る。）							
	⑧ 国又は地方公共団体の医療費助成の受給	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無							
	⑨ ⑧が「有」の場合	実施機関	東京都		種 別	重度心身障害者医療助成			
		助成内容	自己負担金額の <input type="radio"/> 全 額 ・ <input checked="" type="radio"/> 一 部 * 「一部」の場合の自己負担（入通院1日あたり、200円負担）						

医 師 の 意 見 欄	うえのとお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 所在地・名称	医師の証明・捺印をもらう
	医 師 名	⑩
	電話番号	

【注意事項】

受付日付印

- 「被保険者が記入するところ」（太枠内①～⑨）の必要事項を全て記入して下さい。
- 受療証は申請書受付日が属する1日から発効となります。