

特定疾病療養受療証交付申請書

申請区分 [※]	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 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 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 等	記号		氏名 (自署)				
		番号		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
		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						
		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄	
住所		〒 —						
傷病名 該当するものに✓		<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						
マイナ 保険証 の有無	<input type="checkbox"/> あり (マイナ保険証に情報連携されるため、受療証を発行しません) マイナ保険証のほかに受療証が必要な場合には☑ → 証書発行要 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> なし (受療証を発行します)							

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
	所在地 保険医療機関 名称 保険医氏名

健 保 記 入 欄	承認NO	
	有効開始日 [※]	令和 年 月 日
	交付年月日	令和 年 月 日

常務理事	事務長	主任	担当

※有効開始日は医師証明月の1日または資格取得日