

三菱自動車健康保険組合 御中  
(健康保険組合に直接ご提出ください)

受付日付印

### 特定疾病療養受療証交付申請書

申請区分*	<input checked="" 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 等	記号	1 1 1 1	氏名 (自署)	三菱 太郎								
	番号	2 2 2 2 2 2 2	生年月日	昭和 平成 令和	1 年	2 月	3 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。											
者 記 入	氏名	<p>受療の対象となる方の内容を記載してください。</p>										
	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							<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 checked="" type="checkbox"/> <del>血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症</del>				
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 <input checked="" type="checkbox"/> → 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。						
	<p>医療機関で記入をして</p> <p>もらってください。</p>						
	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

