

申請ルート: 申請者(被保険者) → ミットヨ健康保険組合

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

ミットヨ健康保険組合理事長殿

被保険者	被保険者証記号		被保険者証番号		申請日	年	月	日		
	氏名	氏	名	社員番号		生年月日	年	月	日	
		所属名称								
	住民票住所	〒 -								
対象者	氏名	氏	名	被保険者との続柄		生年月日	年	月	日	
	年齢	歳								
疾病名	該当する者にチェックを入れてください。									
	☐ 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Ⅸ因子障害									
	☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全									
	☐ 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。)									
受療証の送付先 Ⅰ、Ⅱのいずれかを選択	☐ Ⅰ	社内便	所属名称							
			勤務地							
	☐ Ⅱ	郵送	(郵送先) ☐ 被保険者住民票住所 ☐ その他の送付先							
			「その他の送付先」は下欄に記入							
			〒 -							
			住所:							
			宛名:							
被保険者との関係:										
被保険者の個人番号(マイナンバー)										
・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です										
下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。										
医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。									
	年 月 日									
	医療機関の名称									
	医療機関の所在地									
	医師氏名									
電話番号										
健保記入欄	常務理事	事務長		係	健保組合受付欄					