常務理事	事務長		担当者

健康保険　特定疾病療養受療証 交付申請書

以下のとおり、特定疾病療養受療証の交付を申請します。　　年　　月　　日

被保険者情報	被保険者等記号−番号	−	個人番号	※左欄の記入があれば不要です。 −　　−	
	氏名	㊞	生年月日	年　　月　　日	
	住所	〒　　−			
	電話番号	※日中、連絡が取れる番号を記入してください。			
対象者	氏名		生年月日	年　　月　　日	
	続柄				
	疾病名 □	※該当する番号を左の□に記入してください。 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 2.人工腎臓を実施している慢性腎不全 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限る。）			
送付先	送付先	1.被保険者住所　　2.事業所　　3.その他（備考欄に理由を記入してください。）			
	上記2・3の宛名/住所	〒　　−			
	備考				
申請理由	1. マイナンバーカードを持っていないため（紛失・更新等を含む） 2. マイナンバーカードがあるが保険証の利用登録をしていないため 3. マイナンバーカードに対応していない医療機関に受診するため 4. マイナ保険証による受診には第三者のサポートが必要なため 5. その他（　　）				

▼下欄に医師の証明を受けるか、診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付してください。

医師の証明欄	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 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名　　㊞ 電話番号

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

受付印

千葉県自動車販売整備健康保険組合