

健康保険

特定疾病療養受療証 交付申請書 110

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者証の 記号・番号	記号 1 2 3	② 事業所の 名称・所属	名称 (会社名)		
		番号 4 5 6 7 8 9		所属 (所属名)		
	③ 認定対象者の 氏名	〇〇 〇〇	④ 認定対象者の 生年月日	昭 平 令 〇年 〇月 〇日	被保険 者との 続柄	〇〇
	⑤ 認定対象者の 住所	(住所)				
	⑥ 疾 病 名	1. 人工透析を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群感染含む厚生労働大臣の定めに係わるもの				
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。 〇年 〇月 〇日 医療機関の 所在地 (住所) 名 称 (名称) 医師名 (医師名) TEL (電話番号)					
被 保 険 者 署 名	令和 〇年 〇月 〇日 上記のとおり申請します。 南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿 被保険者の 住 所 (住所) 氏 名 (氏名)					

20220401 改訂

◎申請上の注意

- この様式は、厚生労働大臣が定めた疾病で費用が著しく高額な治療を長期間継続して受ける場合に申請するものです。
- 被保険者が記入する欄の疾病名は、該当する疾病の番号を○で囲んで下さい。
- 医師の意見欄には、2.にかかるとする疾病について、現に受診している医師から証明を受けて下さい。

確認欄	内容を確認し、確認欄へチェック✓ をしてください。
✓	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。