

常務理事	事務長		担当

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者情報	被保険者等の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名		電話(内線)											
	社員番号																
	氏名	フリガナ		生年月日		昭和 年 月 日 平成											
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒 電話 ()															
メールアドレス																	
認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ		生年月日		昭和 年 月 日 平成 令和											
	住所	〒															
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 ()				続柄											
	疾病名 (該当に○)	1. 人工腎臓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VII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 (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。)															
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。 令和 年 月 日																
	所在地 医療機関 名 称 医 師 名 電 話																

備考	個人番号（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要）
※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日 被保険者氏名

フィリップス・ジャパン健康保険組合

受付日付印