

常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者

事業所確認欄

見本

健康保険

特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	記号 999	事業所の 名称・所属	名称 〇〇〇株式会社		
		番号 9999		所属		
	認定対象者の 氏名	小田急 太郎		昭 平 40年 5月15日	被保険 者との 続柄	本人
	認定対象者の 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇〇 東京都多摩市〇〇〇4-5-9				
	疾 病 名	①. 血友病 2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 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	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 4年 1月 1日 医療機関の 名称 〇〇〇クリニック 所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都世田谷区〇〇9-15-20 医 師 名 〇〇〇 〇〇					
被 保 険 者 署 名	令和 4年 1月 15日 上記のとおり申請します。 小田急グループ健康保険組合理事長 殿 被保険者の 住 所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都多摩市〇〇〇4-5-9 氏 名 小田急 太郎 ㊟					
受 付 日 付						

- 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。
- 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の人の押印は省略することができません。