

# 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

常務理事	事務長	担当者

神栄健康保険組合 御中

提出日： 2022年 1月 5日

被 保 険 者	記号	番号	氏名	生年月日					
	29	5555	神栄 二郎	1980	年	5	月	5	日
	被保険者住所	〒126-456 神戸市中央区〇〇5-5-5							
	勤務先事業所名	神栄㈱本社		電話番号 (日中連絡先)	078-555-5555				

認 定 対 象 者	氏名	続柄	生年月日					
	神栄 一男	父	1950	年	4	月	5	日
	疾病名	右記番号に○を記入してください 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Ⅷ因子障害 又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物に係るものに限る)						

注1) 認定証交付対象者が被保険者本人である場合は、続柄・生年月日について、記入の必要はありません。

送 付 先	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同様の場合はチェックのみ	<input type="checkbox"/> 被保険者と異なる住所に送付希望の場合記入	(〒 - )
	宛名	電話番号 (日中の連絡先)		

医 師 の 意 見 覧	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。 2022年 1月 4日			
	医療機関の所在地	〒126-456 神戸市中央区〇〇-〇〇		
	医療機関の名称	●●医院		
	医師名	●● ●●		
電話番号	078 ( 123 ) 5555			

上記のとおり健康保険特定疾病療養受領証の交付を申請致します。

受付印