健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

九電工健康保険組合　理事長　殿

下記のとおり、健康保険特定疾病受療証の交付を申請します。

申請日	令和　〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日

申請者記入欄	被保険者証の記号・番号	記号 9	番号 99999	個人番号（12桁）	左欄に「記号・番号」を記入の場合は不要
	被保険者氏名	九工　太郎		生年月日	☑ 昭和　〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日 ☐ 平成
	住所 電話番号	〒（ 815 － 0081 ） 福岡市南区那の川〇丁目〇番〇号			日中に連絡可能な電話番号 （ 000 － 0000 － 0000 ）
	事業所 所属 社員番号	会社名 株式会社●●	支店・営業所・部門 ▲▲支店		社員番号 （ 987654 ）
	対象者者氏名	九工　花子		生年月日	☑ 昭和　〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日 ☐ 平成
	疾病名 （いずれかに✓印）	☐ 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			
	市町村からの助成 （いずれかに✓印）	☑ なし　☐ あり	（『あり』の場合 ） （　　円）		

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。 令和　　年　　月　　日 医療機関　所在地 名　称 医師の氏名 医療機関で記入

事業所担当者名・受付日の記入、または押印
受付日：令和 〇 年 〇 月 〇 日 担当者名　または　担当者日付印
社会保険労務士　確認欄
必要に応じて、社会保険労務士　記載

健保組合
担　当

健保組合　受付印

2022.1　帳票No.102