

受付印

常務理事	事務長	係長	係員

## 健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

◆ ボールペン(フリクション・鉛筆不可)で太枠内全てご記入下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者	記号	番号	被保険者氏名	生 年 月 日		
	被保険者の現住所	〒 - TEL ( ) -			昭和 平成 令和	年	月 日
	事業所名	トヨタ紡織(株) (その他の事業所名)					
	所 属 連 絡 先	工場 部 室・課 係・G			( ) - 内線 -		
	交付申請対象者の氏名	交付申請対象者の生年月日		昭和 平成 令和	年	月 日	被保険者との続柄
	交付申請対象者の住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒 - <input type="checkbox"/> 被保険者と相違(住所をご記入下さい) →					
	疾 病 名 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血 友 病 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIVを含み、厚生労働大臣の定めるものに限る)					

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						
	医療機関の 名称 所在地 医師名 印 (自署の場合、押印不要)						

被 保 険 者 署 名 欄	上記のとおり申請します。						
	令和 年 月 日						
	被 保 険 者 氏 名						

【提出経路】申請者 → 医師の証明 → 申請者 → 健保組合

【問合せ先】電話 (0566)26-0305 内線 811-3066

個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用いたしません。