

記入例

申請者) 記入用

常務理事	事務長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決裁

健康保険

特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者の (右づめ)	999	9999	☐ 昭和 ☒ 平成	* * 1 1 1 1	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				
	住所	〒 422 - * * * *) 静岡 都 道 府 県 静岡市葵区〇〇〇〇				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 054 (* * *) * * * *					
☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は区)						

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	健保 太郎
	記号・番号は ①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。	日中連絡のとれる連絡先を記入してください	
希望送付先	上記被保険者	住所	都 道 府 県
	事業所を経由して書類の申請を行う場合、必ずチェックを入れてください	入ください。	
送付方法	☒ 事業所経由 ☐ 上記住所へ郵送		

医師の意見欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。		
	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		
	医療機関の所在地	医療機関記入欄	
	医療機関の名称	医師の氏名	
	電話	()	

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 * * 年 4 月 1 日 (29.3)

- ・被保険者の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄