

特定疾病に該当する場合は、ご一報いただき、速やかに申請してください。

## 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	被保険者氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	被保険者証 記号・番号	記号 ***	
	生年月日	昭和・平成 **年**月**日		番号 *****	
	認定対象者の 氏名	健保 太郎	認定対象者の 生年月日	昭和 平成 **年**月**日	被保険者 との続柄 本人
	認定対象者の 住 所	〒***-***** 〇〇市△△町5-6-7			
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群			

内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

医 師 の 証 明 欄	上記認定対象者が疾病名(1・2・3)のため、令和**年**月**日より治療中であることを証明します。	
	令和 **年 **月 **日	
	医療機関	所在地 〇〇市△△町3-4-5
		名 称 〇〇〇病院
		医師名 〇〇〇〇
		電話 ***-***-***

上記のとおり申請します。

令和 \*\*年 \*\*月 \*\*日

〒\*\*\*-\*\*\*\*\*

被保険者 住 所 〇〇市△△町5-6-7

氏 名 健保 太郎

電話 \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*

田辺ファーマ健康保険組合理事長殿

2025.11.01

- \* 上記記入欄の「疾病名」において 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全に○印をつけられた方は・CAPD(自己連続携行式腹膜灌流)導入期間も含めて、医師の証明を添付してください。
- ・市区町村などで医療費の一部または全額を免除されている場合、「障害者医療証」などの写しを添付してください。