

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 治 証

交 付 申 請 書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名	フリガナ ケンボ タロウ		被保険者証 記号・番号	記号	
		健保 太郎			* * *	
	生年月日	昭和・平成 ***年 **月 **日		被保険者証 記号・番号	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	〒 * * * - * * * * * ○○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。	医療機関 所在地	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		○○市△△町3-4-5		
	名 称		○○○病院		
	医師名		○○○○		
	電話 * * * - * * * - * * *				

上記のとおり申請します。

令和 **年 **月 **日

〒 * * * - * * * * *

被保険者 住 所 ○○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。