常務理事	事 務 長	課　　長	係　　長	係	下記のとおり手続きしてよろしいか	
					交付年月日：令和　　年　　月　　日	区　分
					発効年月日：令和　　年　　月　　日	上位
					有効期限日：令和　　年　　月　　日	一般

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

（　新規　・　紛失　・　再交付　）

被保険者証	記号		事業所名称				
	番号		被保険者のマイナンバー記載欄 （被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）				
被保険者	氏名		住所	〒　　― TEL　　－　　－			
適用対象者 氏　　名	フリガナ		生年 月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	被保険者 との続柄		
疾　　病　　名 （○印をしてください）	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．その他（　　）						
特定疾病受療証の受取方法 （○印をしてください）	1．自宅へ郵送　2．事業所へ郵送　3．窓口（ 本人・事業所担当者 ） 4．その他（　　）						
医師の意見欄	上記のとおり相違ありません。 令和　　年　　月　　日　　医療機関所在地 医療機関の名称 医 師 の 氏 名 電 話 番 号　　－　　－						

（紛失に関する念書）

なお、返納できなかった特定疾病療養受療証に関する今後一切の責任は私が負います。
今後は取扱いに十分注意し、また、後日証が見つかった時は速やかに返納いたします。

上記のとおり申請いたします。

令 和　　年　　月　　日

被保険者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請及び受け取りを代行者に委任する場合は、下記にご記入ください。（申請代行は、被保険者が申請できない場合に限ります。）

申請代行者	氏名		被保険者との関係	配偶者　・　事業所担当者 その他（　　）
	住所	〒　　－ TEL　　－　　－		
申請代行の理由	1．被保険者本人が入院中で外出できないため 2．その他（　　）			

≪注意事項≫

・マイナ保険証を医療機関等の窓口で提示し情報提供に同意した場合は、特定疾病療養受療証の申請は不要です。

・この申請書を受付した日の属する月の１日から有効となる特定疾病療養受療証が交付されます。

大阪港湾健康保険組合