

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

記入例

豊田自動織機健康保険組合 御中

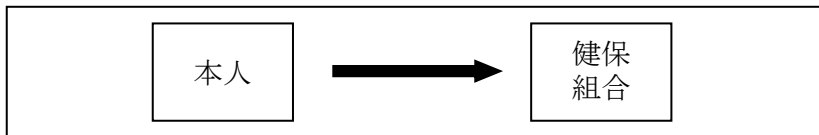
提出日 2011 年 6 月 1 日

被保険者記入欄	保険証の 記号番号	記号 99	番号 99999	被保険者 氏名	健保 太郎	
	被保険者の 住所・電話 番号	〒 448 - 0847 愛知 都道府県 刈谷市宝町〇-〇			自宅TEL (0566) 21 - 1234 携帯TEL (090) 1234 - 5678	
	会社名	(株)豊田自動織機				
	認定対象者の 氏名	健保 太郎	認定対象者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 30 年 5 月 5 日	被保険者 との続柄	本人
	認定対象者の 住所	〒 - 都道府県 同上				
	疾病名	<input checked="" type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天的免疫不全症候群(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。	
	平成 年 月 日	
	医療機関の名称・所在地 主治医の証明欄	
	医師名 (自筆)	

・記入はボールペンで、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

・提出ルート



・個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用される場合があります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/contents/privacy/index.html> をご覧ください。

お問い合わせ先	〒448-0847	愛知県刈谷市宝町8丁目1番地 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ 外線 0566-21-7784 内線 70-4612
---------	-----------	--

健保 記入 欄	決 定 事 項	交付・却下(理由)			
	発 効 年 月 日				
	交 付 年 月 日				
	自 己 負 担 限 度 額				
	決 裁	常務理事	事務長	GM	担当

作業完了

健保受付印
