当組合が申請書を**受理した月の1日から有効**な証を交付します

※組合使用欄

マネジャー	ｱｼｽﾀﾝﾄﾏﾈｼﾞｬｰ	ﾁｰﾑﾘｰﾀﾞｰ	スタッフ

健康保険 特定疾病認定申請書

被保険者情報	被保険者等記号・番号	記号　　番号 —	被保険者氏名 生年月日	（フリガナ） 昭・平・令　年　月　日
	被保険者の現住所	〒□□□－□□□□	日中連絡のとれる電話番号	自宅　－　－ 携帯　－　－
	本人確認欄	□　この申請書を作成したのは申請者本人（被保険者）です　**※忘れずに☑を記入ください**　※1		

認定対象者	療養を受ける方	氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日	
		被保険者との続柄	性別　男・女	本人は資格取得日	昭・平・令　年　月　日	
				家族は扶養認定日	昭・平・令　年　月　日	
	疾病名 ※該当する番号を記入	□	1.血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2.人工腎臓を実施している慢性腎不全（透析開始日　年　月　日） 3.抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 （ＨＩＶ感染を含み、厚生労働大臣の定めるものにかかるものに限る）			

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。　令和　年　月　日

医療機関　住所（所在地）　〒

名　称

連絡先　（　）

医師氏名

※医療機関の名称・所在地はゴム印（スタンプ等）を使用してください。

※1　被保険者以外の方が申請するときは、☑を記入せず被保険者本人および代理人のマイナンバーカード・資格情報のお知らせ・資格確認書いずれかの写しを添付してください。

【窓口交付欄】(郵送時は記入不要)　被保険者以外の方が受療証を組合窓口で受理するときは下記委任欄へ記入済の申請書をご持参ください。

委任欄

私は右記の者に健康保険特定疾病療養受療証の受理を委任します。

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿(関係：　)

【被保険者自宅住所と異なる住所への送付を希望するとき】　下記へ送付先を詳細にご記入ください。

送付先	住所	〒　－	
	宛名	(関係：　)	連絡先　－　－

備考	

受付日付印

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。
交付された受療証は、腎移植等により人工透析が終了した場合は速やかに組合へ返却いたします。
令和　年　月　日

申請書提出先 （郵送・窓口）	〒102-8017　東京都千代田区富士見1-12-8　ＴＪＫプラザ 東京都情報サービス産業健康保険組合　給付グループ宛 **03-3239-9817**　平日9：00～17：00　(祝日・年末年始を除く)

マイナンバーにより申請される方は下記へ記入してください。
マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	