

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	アシスタントマネジャー	チーム
-------	-------------	-----

記入例

## 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 情 報	健康保険証の 記号と番号	記号 番号 XXX - 234	被保険者 氏名	(フリガナ) ジョウホウ タロウ 情報 太郎
	被保険者 の現住所	〒XXXXXXXX-XXXXXX 千代田区0003-3-303	生年月日	昭・平・令 XX年 XX月 XX日
	本人確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> 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		

認 定 対 象 者	療養を 受ける方	氏名	情報 太郎	生年月日	昭・平・令 XX年 XX月 XX日
	被保険者 との続柄	本人	性別	男・女	本人は資格取得日 昭・平・令 XX年 XX月 XX日
	疾病名 ※該当する番号 を記入	2	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： 昭・平・令 XX年 XX月 XX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 XX年 XX月 XX日
	医療機関 住所（所在地）〒XXXX-XXXX 千代田区0005-6-7 名称 000病院	連絡先 XX（XXXX）XXXX
	医師氏名 飯田 〇〇	※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の健康保険証(写し)を添付ください。

【窓口交付欄】（郵送時は記入不要）被保険者以外の方が認定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限度額適用認定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: )

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。

交付された療養受療証は、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 XX年 XX月 XX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	
-----------------------	--