

令和 年 月 日 決裁			
常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者情報および認定対象者情報欄	被保険者等 記号番号	100 — 999	太枠内には被保険者および認定対象者情報をご記入ください。医師の意見欄は担当医師から証明を受けてください。	
	事業所名	健保組合株式会社		
	被保険者 氏名	給付 太郎	生年月日	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 X 年 X 月 X 日	
	住所	東京都千代田区神田司町 XX-XX-XX		
認定対象者 氏名	給付 はなこ	続柄		
		妻	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 X 年 X 月 X 日	

被保険者本人の場合は本人の名、続柄は「本人」とご記入ください。

※医師の意見欄に証明を受けられない場合は、特定疾病に関する意見書もしくは特定疾病にかかったことを証明する書類を添付して下さい。

医師の意見欄	特定疾病名 (該当病名に○印をつけてください)	1. 先天性血液凝固第Ⅷ因子障害若しくは第Ⅸ因子障害 2. 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症 (厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)
	上記のとおり、 年 月 日から治療していることに相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関の名称 担当医師名	

医師の証明を頂いてください。

上記のとおり申請します。

令和 X 年 X 月 X 日

MBK 連合健康保険組合理事長 殿

(注意事項)

- 受療証の有効開始日は、本申請書をMBK連合健保が受け付けた月の一日になります。原則、受付月の前月以前に遡っての適用はできませんので、ご承知おきください。
- 受療証は、事業主担当経由で送付いたします。(任意継続の方は、自宅に郵送いたします。)