

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

★太枠内をご記入ください。

★医師の意見欄を医療機関にてご記入いただき【提出先】までご提出ください。

記号	番号	被保険者氏名	提出日	令和	日	交付対象者について記入				
9999	1234567	健保 太郎				三菱ケミカル 福岡事業所 経理部 経理G				
認定対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	健保 花子	続柄	妻	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日
認定対象者住所	〒 100 - 1234 東京都中央区 1-2-3 パレスハイツ101									
疾病名	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または第Ⅸ因子障害 <input type="checkbox"/> 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群									

いずれかに✓

医療機関にて記入

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 名称 医療機関の 所在地 医師名
--------	--

※医師の意見欄記載の年月の1日より有効の証を発行いたします。

マイナンバーの記入は不要です

※注意 : 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
被保険者のマイナンバー記載欄

記号番号の記載があれば不要です

【提出先】

記号 1000・1001の方
記号 820の方

三菱ケミカル健康保険組合
【社内便】パレスビル12階 三菱ケミカル健康保険組合
【郵送】〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル 三菱ケミカル健康保険組合

記号が上記以外の方・・・各事業所の健保担当

受付日付印

事業所	担当者
-----	-----

健保組合	担当者	事務長	常務理事
------	-----	-----	------