

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

オリエンテーションコーポレーション健康保険組合 御中

下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。 平成 年 月 日

被 保 険 者 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号		番号	
	②氏名・印	フリガナ ⑩			
	③生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	④被保険者の 住所	〒 電話 ()			
	⑤事業所名称				
	⑥所属部署名	電話 ()			
認 定 対 象 者 欄	⑦氏名	フリガナ			
	⑧生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	⑨性別	男・女	⑩被保険者との続柄		
	⑪疾病名 (1から3の疾病に 該当する番号に丸を つけてください)	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 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者に係るものに限る。)			
送 付 先	⑫受療証送付先	・所属部署 ・被保険者の住所 ・病院			
	⑬病院に送付を 希望する場合は、 その送付先	住所	〒 電話 ()		
		宛名			

<受療証送付先について>

※原則⑥欄の所属部署へ社内便にて送付します。被保険者本人が休職等の場合は④欄の被保険者住所(自宅)へ書留で郵送いたします。
但し、ご本人が入院により所属部署・自宅への交付が難しい場合に限り、病院に受療証を書留にて郵送しますので⑬欄に送付先住所をご記入ください。

医 師 の 意 見 欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。 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				
	⑭医療機関の住所 〒				
	医師名 印				
	電話 ()				

⑮社会保険社労士の提出代行者名記載欄	
	⑩

健保欄

受付印

常務理事	事務長	課長	担当