

常務理事	事務長		担当

## 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

■についてはプルダウンで選択してください

被保険者情報	所属事業所名 ※任意継続の方は90	(株)JERA	社員番号	1234567
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	平成3年12月22日
	申請者住所	〒 123-4567 ●●●県XXXX市▲▲▲町 1-2-3◆◆◆マンション XXX号		
	電話番号	XXX-XXXX-XXXX	メールアドレス	●●@XXXX

認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	平成3年12月22日
	住所	〒 123-4567 ●●●県XXXX市▲▲▲町 1-2-3 ◆◆◆マンション XXX号		
	電話番号 (日中の連絡先)	電話	( )	続柄 本人
	疾病名 (該当に○)	②	①人工腎臓を実施している慢性腎不全 ②血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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)	

医師の意見欄	上	この欄は医師に記入を依頼してください
	令	

上記のとおり申請いたします。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

JERA健康保険組合

受付日付印