

常務理事	事務長	健保担当

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

リンナイ健康保険組合 殿

以下のとおり特定疾病療養受療証の交付を申請します。 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号一番号	記号	番号	社員番号		所属名称		
		—						
	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月
住 所	〒 —							
	TEL: () —							

認 定 対 象 者 欄	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	被保険者 との続柄		性別	男 ・ 女			
	疾病名 該当するものに ○をうってくだ 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。)					

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療をうけていることに相違ありません。							
	上記1. 2. 3の疾病に関する診療開始日 (年 月 日)							
	※2は透析開始日							
	令和 年 月 日							
	医療機関所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話番号							

【申請における連絡事項】

- ・資格確認書をお持ちの方に受療証を発行します。
- ・マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には受療証は発行されません。
当組合の登録処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に特定疾病の情報が反映されます。