

# 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

申請対象者のマイナンバーを当健保組合に提出していて、かつ、オンライン資格確認を導入している医療機関を受診する場合は、当健保組合での事務処理完了次第オンライン資格確認システムに特定疾病情報が反映されるため、紙の「特定疾病療養受療証」は原則交付していません。  「特定疾病療養受療証」の紙での交付が必要ですか？	当健保組合から「資格確認書」が交付されている方は「はい」にチェックをしてください。 なお、紙交付不要な方は、チェックは不要です。	<input type="checkbox"/> 紙交付が必要
---	---	---------------------------------

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	健康保険 記号・番号	記号	番号	申請日	年 月 日	
	被保険者名 (自署) 生年月日	<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H: 年 月 日生 <input type="checkbox"/> ※日中連絡可能な電話番号			<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (対象の被扶養者の氏名等をご記入ください) 氏名	
	被保険者連絡先	( )				続柄 ( )
	住所	〒 -				
	送付希望先	<input type="checkbox"/> 上記住所への送付を希望 ※特定記録郵便で被保険者宛に送付しますので受け取り可能なご住所をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 上記住所以外への送付を希望される場合のみ、以下にご記入ください。 〒 -				
	疾病名 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 血友病 (診療開始日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 (透析開始日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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) (診療開始日 年 月 日)				
医師の証明欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 医療機関の 名称 所在地 担当医氏名					

※ 「特定疾病療養受療証」の認定は、原則として当申請書を当健保組合が受領した日の属する当月1日からとなります。但し、月の途中に当健保組合の資格を取得した場合には資格取得日となります。


社会保険労務士の提出代行者

※健康保険の記号-番号に代えて、マイナンバーで申請される場合には、番号欄へ記載してください。

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB・PGF：大槻事務所  
 CLIS・コミュニティ SKY・PGI・三栄収納サービス・PGビジネスサービス・GIB労働組合：各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください  
 ※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



健 保 使 用 欄	同年月日	年 月 日	月額(区分)	( )	理事長	常務理事	事務長	役職者	担当者
	資格取得日	年 月 日	紙発行	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	発行日	年 月 日	/						