

発効年月	年 月 日
証返納年	年 月 日
標準報酬	千円
自己負担限	・ 2万円

記入見本

常務理事	事務長	検算	係

被保険者が記入する欄は太枠内①～⑨欄です。

アクサ生命健康保険組合 理事長殿

申請書を記入した日

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

①申請年月日	令和 4 年 7 月 1 日		
②被保険者証の 記号 - 番号	103 - 123456	③被保険者の氏名・印	亜草 太郎
④被保険者の 事業所名称 および所属	<input checked="" type="checkbox"/> アクサ生命保険(株) <input type="checkbox"/> アクサダイレクト生命保険(株) <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者→所属欄記入不要	港 白金	局・支社・部・本部 営業所・課 分室
⑤被保険者の 現住所	〒108-8020 東京 港区 港区白金1-2-3		
⑥被保険者の日中連絡先 ※お問合せの際に使用します	所属・携帯・自宅	090 - 1234 - 5678	
⑦特定疾病認定対象者氏名	亜草 花子	続柄	
⑧疾病名(該当番号に○印)	1. 先天性血液凝固因子障害の一部(血友病) ②. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染者		
⑨対象者の医療費助成について	1. 受けている → 受けている制度の名称 (障がい者) 医療費助成 ※ 1. に該当する場合は、交付されている医療証・受給者証等の写しをご提出下さい。 2. 受けていない → 後日助成が受けられるようになった場合は、医療証等の写しをご提出下さい。		
備考欄(健保証記号番号記載の代わりに個人番号を使用する場合は、必ず事前に健康保険組合にご相談ください)			

⑨対象者が医療費助成を受けている場合は、本申請書の他に、医療証・受給者証の写しもご提出ください。

医師 証 明 欄	1. 血友病と認定した日 2. 人工透析治療を開始した日 3. 抗ウイルス剤投与を開始した日	令和 年 月 日
	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 この欄へは医師からの証明を受けてください。 医療機関の所在地 電 話 医師名	

受付年月日