年　　月　　日

センコー健康保険組合 殿

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

申請人
〔被保険者証〕　記号　　番号
〔被保険者住所〕
〔被保険者氏名〕

事業主証明
〔住　所〕
〔名　称〕
〔代表者名〕

下記事由により、特定疾病療養受療証の交付を申請します。
尚、認定対象者が被扶養者の場合は、事業主の証明は不要です。

記

被保険者が記入する欄	被保険者証の記号番号	ー		
	被保険者氏名		被保険者の生年月日	年　月　日
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	年　月　日
	被保険者との続柄		認定対象者の住所	
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 上記以外（　　）		

医師の意見欄	初診年月日		疾病名	※人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全の場合 ⇒透析開始日（　年　月　日　開始）
	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。 年　月　日 〔住　所〕 〔医療機関名〕 〔担当医師名〕			

◎被保険者の資格がなくなった時、又は被扶養者でなくなった時は、5日以内にこの証を健保組合まで返送願います。

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（加入者が直接健康保険組合へ申請する場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

健保組合使用欄

認定日	年　月　日		
常務理事	事務長	担当	担当

事務連絡先	所属	関係会社（社名：　　）	担当者	