

健 保 記 入	課長	担当	区分	標準報酬		交付日
				決定		
				月額	千円	

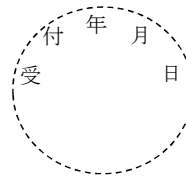
## 特定疾病療養受療証 交付申請書

島津製作所健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記 番	氏 名		生年月日	
	自 宅 住 所	〒			電話番号	
	認定対象者 の 氏 名		続柄		生年月日	
	疾 病 名	1. 血友病 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				
	備 考 欄					

医 師 の 意 見 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。	令和 年 月 日
	住 所	
	医療機関名	
	医 師 名	



### 【マイナンバー記載について】

被保険者証の記号番号にかえてマイナンバーを記載して申請することができますが、その場合は以下の事項を守ってください。

- ・マイナンバーは備考欄へ記載してください。
- ・マイナンバーを記載した場合は、記号番号は記載しないでください。
- ・マイナンバーを記載して申請する場合は、本人確認書類を必ず添付してください。