

記入例

決裁欄	常務理事	処健康保険組合	登録チェック	登録	審査	受付

健康保険組合 特定疾病療養受療証交付申請書

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

被保険者(申請者)記入欄	対象者コード	① 被保険者(申請者)氏名	② 住所
	0001234567	資格 太郎	〒380-0000 長野県長野市1-1-1 OOマンション101号 TEL. (026) 263 - 3511
	認定対象者氏名	本人	③ 被保険者との続柄
	認定対象者生年月日	昭・平 30年 10月 17日	01:本人 11:夫 12:妻 51:父 52:母 21:長男 22:二男 23:三男 31:長女 32:二女 33:三女 その他 ()
	特定疾病療養受療証の送付先	④ 1.上記住所と同じ 2.その他(以下に住所を記入) 〒380-1234 長野県長野市本町3-1-2	
診療を受けた病院等	名称 所在地	傷病名	⑤
	長野総合病院 長野県長野市中央5-4-1	1 血友病等 2 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全	

- ①被保険者もしくは任意継続被保険者の氏名を記入する。
- ②住所と電話番号を記入する。
※日中連絡の取れる電話番号を記入する。(携帯電話でも可)
- ③該当する番号を○で囲む。
該当がない場合、その他()内に続柄を記入する。
- ④特定疾病療養受療証の送付先が②の住所と異なる場合は、2、「その他」を選択し、受け取り可能となる住所(病院でも可)を記入する。
- ⑤該当する番号を○で囲む。
- ⑥医師の証明を受ける。

※被保険者(申請者)氏名欄の押印は、被保険者(申請者)本人が自署した場合は不要です。

医師の意見欄	⑥ 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。							
	平成 26年 8月 31日							
医療機関	<table border="0"> <tr> <td>名称</td> <td>長野総合病院</td> <td rowspan="3">小田原</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>長野県長野市中央5-4-1</td> </tr> <tr> <td>保険医氏名</td> <td>医師 小田原 一臣</td> </tr> </table>	名称	長野総合病院	小田原	所在地	長野県長野市中央5-4-1	保険医氏名	医師 小田原 一臣
名称	長野総合病院	小田原						
所在地	長野県長野市中央5-4-1							
保険医氏名	医師 小田原 一臣							

書添類付	<input type="checkbox"/> 申請書に証明を受けることができなかったとき	<input type="checkbox"/> 医師の意見書
	<input type="checkbox"/> 代理人による申請のとき	<input type="checkbox"/> 委任状

(注) この申請書は、被保険者が直接健康保険組合へ送付してください。
送付先 〒101-0047 東京都千代田区内神田3-6-2 アーバンネット神田ビル
エヌ・ティ・ティ健康保険組合 資格担当 (TEL 03-6206-4517)

処健康保険組合	審査投入責任者	審査投入担当者	チェックポイント
			<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者)記入欄の記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 添付書類の漏れはないか <input type="checkbox"/> 特定疾病療養証を作成し交付したか

決 裁 欄	常務理事

処 健 康 保 険 組 合	登録チェック	登録	審査	受付

健康保険組合 特定疾病療養受療証交付申請書

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 記 入 欄	対象者コード		被保険者(申請者)氏名		住 所		
	〇〇〇				TEL. () -		
	認定対象者氏名				被 保 険 者 と の 続 柄	01:本人 11:夫 12:妻 51:父 52:母	
	認定対象者生年月日		昭・平 年 月 日			21:長男 22:二男 23:三男 31:長女 32:二女 33:三女 その他 ()	
	特定疾病療養受療証の送付先		1.上記住所と同じ 2.その他(以下に住所を記入) 〒 -				
診療を受けた病院等		名称			傷 病 名	1 血友病等 2 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全	
		所在地					

※被保険者(申請者)氏名欄の押印は、被保険者(申請者)本人が自署した場合は不要です。

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。					
	平成 年 月 日		医療機関		名 称 所 在 地 保 険 医 氏 名 印	

書 添 付 類	<input type="checkbox"/> 申請書に証明を受けることができなかったとき		<input type="checkbox"/> 医師の意見書	
	<input type="checkbox"/> 代理人による申請のとき		<input type="checkbox"/> 委任状	

(注) この申請書は、被保険者が直接健康保険組合へ送付してください。
 送付先 〒101-0047 東京都千代田区内神田3-6-2 アーバンネット神田ビル
 エヌ・ティ・ティ健康保険組合 (TEL 03-6206-4517)

処 健 康 保 険 組 合	審査投入責任者	審査投入担当者	チェックポイント
			<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者)記入欄の記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 添付書類の漏れはないか <input type="checkbox"/> 特定疾病療養証を作成し交付したか