

発効年月日	令和 年 月 日
記入見本	

常務理事	事務長	検算	係

健康保険 特定疾病医療費助成証交付申請書

記入する欄は 太枠内 ①～⑨欄 です

①申請年月日	令和 8 年 9 月 16 日		
②被保険者証の 記号 - 番号	103 - 123456	③被保険者の氏名	阿草 太郎
④被保険者の 事業所名称 および所属	☒ アクサ生命保険(株) ☐ () ☐ 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 都道府県	【重要】 対象者が医療費助成を受けている場合は本申請の他に、医療証・受給者証の写しもご提出ください	
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		
⑦特定疾病認定対象者氏名	阿草 花子		
⑧疾病名(該当番号に○印)	1. 先天性血液凝固因子障害の 2. 人工透析治療を行う必要のある 3. 血漿分画製剤を投与している		
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)			

医 師 証 明 欄	1. 血友病と認定した日	令和 年 月 日
	2. 人工透析治療を開始した日	
	3.	
医師証明欄 (医師からの証明を受けてください)		
医師名		

受付年月日