

【提出先】直接カネカ健康保険組合（株式会社カネカ 大阪本社内）へご提出ください。

カネカ健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長	係

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	健康保険証の 記号・番号	記号	番号	事業所の名称		
	被保険者 について	氏名	生年 月日	昭和 平成	年 月 日	
	認定対象者 について	氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄
		住所	〒 電話番号 ()			
	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. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染症を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)				
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。 (マイナンバーを記載した場合は、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						

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				
	名 称				
	医療機関の所在地				
	電話番号				
医師の氏名					

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	上記のとおり申請します。				
	令和 年 月 日				
	住所 被保険者 氏名				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します（委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ）。					

健康保険組合記入欄|受付日| 令和 年 月 日 |発効日| 令和 年 月 日