

被保険者が記入するところ

①被保険者等 記号・番号	記号	55	②被保険者氏名	健保 太郎
	番号	1111		
③被保険者 住所・電話番号	〒 144 - 0000 TEL 03 (0000) 0000 東京都大田区〇〇1丁目			
④被保険者生年月日	昭和・平成 5 年 1 月 5 日		⑤所属会社名	ANA△△△株式会社
⑥療養を受けている方	☒ 被保険者(本人) ☐ 被扶養者(家族) →被扶養者の氏名・生年月日を下記へ記入して下さい			
	被扶養者 氏名	被扶養者 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
⑦疾病名 (該当する箇所に✓をつけてください)	☒ 人工腎臓を実施している慢性腎不全			
	☐ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害			
	☐ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)			
⑧受領証について	☒ 受療証の発行を希望しない ※マイナンバーカードにて医療機関等を受診される場合、受療証は不要です ☐ 受療証の発行を希望する			

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 7 年 1 月 25 日
医療機関所在地 東京都品川区〇〇〇〇〇〇
医療機関名称 △△総合病院
医師の氏名 保険 一郎
電話番号 03 (××××) ××××

<注意>
マイナ保険証を利用し受診する場合、申請書をご提出いただき当健保での事務処理が完了次第、特定疾病の情報が反映されますので、医療機関等への受療証提示は不要です。資格確認書などマイナ保険証以外で受診される方のみ、受療証提示が必要となります。

— 受付印 —

健保使用欄	資格取得日	年 月 日	常務理事	事務長	事務次長	担当
	扶養認定日	年 月 日				
	標準報酬月額	千円				