

特定疾病療養受療証交付申請書

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に、濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

(1)被保険者証の記号	(2)被保険者証の番号	(3)被保険者氏名	(4)勤務箇所
(5) 特定疾病療養受療証が必要な方の氏名(通常表記)		(6) (5)に該当する方の続柄	(7) (5)に該当する方の生年月日
		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 5:昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 7:平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 9:令和	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> 年 月 日 </div>

※ 姓と名の間は、1マスあけて記入してください。

(8) 疾病名

- 0: 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- 1: 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
- 2: 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)

医療 機 関 の 証 明 欄	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 _____</p> <p style="text-align: center;">名 称 _____</p> <p style="text-align: center;">医療機関</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 _____</p> <p style="text-align: center;">電 話 _____ - _____</p>
	<p style="text-align: center;">上記のとおり健康保険法施行規則第99条第8項の規定に基づき、事業主を経由して申請いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">勤務箇所 _____</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">被保険者</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">電 話 _____ - _____</p>

備考 事業主を経由せずに申請する場合は、被保険者の記入・捺印欄上部の「上記のとおり健康保険法施行規則第99条第8項の規定に基づき、事業主を経由して申請いたします。」を、二重線で抹線して提出してください。

事業所使用欄	箇所長		電話	—	健保担当課	事業主整理番号	
--------	-----	--	----	---	-------	---------	--