

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(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 type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 5:昭和 7:平成 9:令和	<input type="text"/>
			年 月 日

※ 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	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。	年 月 日
	所在地 _____	
	名称 _____	
	医療機関 医師名 _____ (印)	
	電話 _____	
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。		
	ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿	年 月 日
被保険者	勤務箇所 _____	
	住所 _____	
	氏名 _____ (印)	
	電話 _____	

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	(印)	電話	—	健保担当課	(印)	事業主整理番号	
--------	-----	-----	----	---	-------	-----	---------	--