

《 記入例は2枚目を参照 》

【1010】特定疾病療養受領証交付申請書

ポイント

- ・提出先は、会社の事務担当となります。任意継続になられた方は、直接 JR 健保へ送付してください。）
- ※事業主を経由せず JR 健保に直送する場合、備考を読んで該当する箇所を二重抹線
- ・現在この受領証をお持ちで、定年再雇用、任意継続等取得区分に変更があった場合は、自動発行となり申請書提出の必要はありません。

記入内容

- (1)・(2) は、被保険者等記号・番号を記入
 - (3) 被保険者氏名を記入
 - (4) 勤務箇所を記入（任意継続は、記入不要）
 - (5) 受領証が必要な方の氏名を記入（姓と名の間は、1 マスあけて記入）
 - (6) 受領証が必要な方の続柄（本人、妻、長男、二女、父、母など）
 - (7) 受領証が必要な方の生年月日を記入
 - (8) 疾病名の番号を記入
- ・医療機関の証明欄は、受診をした医療機関に記入漏れが無いように記入してもらう。
 - ・被保険者署名欄は、申請書の提出日、勤務箇所（任意継続の方は未記入）、住所、氏名、電話番号（自宅・携帯）は、問い合わせができるように記入

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)被保険者等記号	(2)被保険者等番号	(3)被保険者氏名	(4)勤務箇所
0000	00000000	健保 太郎	〇〇駅
(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	
健 保 花 子	妻	7 5:昭和 7:平成 9: 〇〇〇〇〇〇〇	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

- 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。	〇〇年〇〇月〇〇日
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇〇
	名称	〇〇病院
	医師名	〇〇 〇〇
	電話	0000 - 0000 - 0000
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	〇〇駅
	住所	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇〇
	氏名	健保 太郎
	電話	0000 - 0000 - 0000

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	000 - 0000	健保担当課	事業主整理番号	0000
--------	-----	----	------------	-------	---------	------