

特定疾病療養受療証（再交付・変更交付）申請書

記号番号	78-										組合員氏名	
------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--

特定疾病認定を受けている方												
氏名									性別	男・女	組合員との続柄	
個人番号												
生年月日	S・H・R	年	月	日	取得年月日	S・H・R	年	月	日			
申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者証の記号番号変更による〔旧番号：78- - 〕 <input type="checkbox"/> 被保険者資格の異動による〔旧番号：78- - 〕 <input type="checkbox"/> 再交付〔再交付事由：汚損・紛失・その他（ ）〕 <input type="checkbox"/> 世帯の所得変更による〔変更理由： 〕											
<p>「個人情報(含、特定個人情報)の取扱いについて」を確認のうえ、上記のとおり特定疾病療養受療証の交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日 住 所： _____</p> <p>〒 _____</p> <p>組合員氏名： _____</p> <p>個人番号 <input type="text"/></p> <p>電話番号：自 宅 _____ () _____</p> <p>勤務先 _____ () _____</p> <p>東京食品販売国民健康保険組合 殿</p>												

処理欄	発効年月日	年 月 日	台帳処理	年 月 日
	交付年月日	年 月 日	自己負担限度額	1万円・2万円
	旧証回収年月日	年 月 日	課税証明書枚数	世帯員数 名 枚
	備考		対象疾病区分	人工腎臓・血液凝固障害・免疫不全症

決裁欄	主管部長	主管課長	係	処理入力	確認

受付印