

保険証の記号番号を記入してください。

組合員の氏名を記入してください。

### 特定疾病療養受療証（再交付・変更交付）申請書

記号番号	78-	<input type="text"/>	組合員氏名	<input type="text"/>
------	-----	----------------------	-------	----------------------

「特定疾病療養受療」の交付を受けられる方の氏名・個人番号などについて記入してください。

特定疾病認定を受けている方

<input type="text"/>	性別	男・女	組合員との続柄	<input type="text"/>
S・H・R 年 月 日	取得年月日	S・H・R 年 月 日		

申請理由

- 被保険者証の記号番号変更による [旧番号：78-  -  ]
- 被保険者資格の異動による [旧番号：78-  -  ]
- 再交付 [再交付事由：汚損・紛失・その他 (  ) ]
- 世帯の所得変更による [変更理由：  ]

「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。

令和 年 月 日

「特定疾病療養受療証」の再交付を申請する理由について必要事項を記入してください。

組合員の住所・氏名・個人番号・電話番号を記入してください。

住所：

〒

組合員氏名：

個人番号

電話番号：自宅  (  )

勤務先  (  )

東京食品販売国民健康保険組合 殿

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
	<input type="text"/>				

