

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-						組合員氏名	
「特定疾病療養受療証」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							
					性別	男・女	組合員との続柄	
	昭和 平成	年	月	日	取得年月日	昭和 平成	年	月
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： 〕							
「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。								
平成 年 月 日	住所：		〒					
「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。	組合員氏名：		_____ ⑩					
	個人番号		_____					
組合員氏名・捺印・個人番号・電話番号を記入してください。	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	平成 年 月 日	台帳処理	平成 年 月 日
	交付年月日	平成 年 月 日	自己負担限度額	1万円・2万円
	旧証回収年月日	平成 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

決済欄	主管部長	主管課長	係	処理入力	確認

