

# 特定疾病療養受療証 交付申請書

特

特定疾患にかかる自己負担の軽減を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者 記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 2. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>		
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(‘)、半濁点(‘)は1字としてご記入ください。			
氏名			
郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>
住所	(都道府県)		

認定対象者欄	<p>氏名 (カタカナ) <input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/></p> <p>姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(「、」)、半濁点(「、」)は1字としてご記入ください。</p> <p>生年月日 <input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 年 <input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 月 <input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 日</p> <p>疾病名 <input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 10px;" type="text"/></p> <p>1. 昭和 <input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 年 <input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 月 <input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 日</p> <p>2. 平成 <input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 年 <input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 月 <input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 日</p> <p>3. 令和 <input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 年 <input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 月 <input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 日</p>
--------	--

上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。												
送付希望先欄	郵便番号 (ハイフン除く)						電話番号 (左づめハイフン除く)					
	住所	(都道府県)										
	宛名											

医師の証明欄	下欄に医師の証明を受けるか、疾病にかかったことを証明する診断書等を添付してください。		
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。		令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
医療機関の所在地			
医療機関の名称			
医師の氏名			
電話番号			

被保険者証の記号番号が不明な場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。  
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

令和 年 目 日

以下は、健保住民権の方は、記入しないで下さい。

以下は、健保使用欄のため、記入しないでください。

健保 記入欄	交付決定日	年月日	常務理事	事務長	担当	担当
	資格取得日	年月日				
	所得区分	上位 ・ 一般				

受付印付日付

日清食口グループ健康保険組合