

当組合が申請書を
受理した月から有効な証を
交付します

発送元	常務理事	部長	課長	係長	係	公印使用
事	労					

健康保険 特定疾病療養受療証 再交付申請書

千葉県医業健康保険組合 宛

下記のとおり申請いたします。

なお、交付された特定疾病療養受療証は、その認定疾病に係る療養が終わるまで保管し、療養が終わったとき（腎移植等）は、速やかに組合へ返納いたします。

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	氏名	
			被保険者氏名 及び生年月日	(昭和・平成 年 月 日生)
	住所			
	〒 - TEL ()			
認 定 対 象 者	氏名	生年月日	被保険者との続柄 (本人の場合は「本人」と記入)	
		昭和 ・ 平成 年 月 日生 ・ 令和		
	住所			
疾 病 名	TEL ()			
	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 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 または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定めるものに係るものに限る)			

※ 該当の再交付理由を○で囲ってください。
その他の場合は、その理由を括弧内に記入してください。

減 失

き 損

その他 ()

／ 受付印 ＼

R4.5.1

社会保険労務士による記入欄

被保険者への申請内容確認済チェック欄

社会保険労務士の提出代行者名記載欄