

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	昭和 平成	年	月	日	取得年月日	昭和 平成	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：]																	
「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： 組合員氏名： ⑩ 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table> 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

