

ルネサス健保使用欄

交付		決 裁	常務理事	事務長	主任	担当
認定日	令和 年 月 日					
交付日	令和 年 月 日	資格取得日	平成 令和	年	月	日
		資格喪失日	平成 令和	年	月	日
		扶養認定日	平成 令和	年	月	日

ルネサス健康保険組合 業務係御中

健康保険 被保険者 特定疾病療養受療証交付申請書
被扶養者

提出日 令和 年 月 日

基本情報										枝番(-00)記入は不要です。							
被保険者証の記号・番号(右詰め)										被保険者氏名		フリガナ		生年月日		昭和 平成 年 月 日	
記号				番号													
事業所名(任継・特退の場合は記入不要)										連絡先							
社名					従業員番号					内線TEL				日中の連絡先電話番号			

申請内容											
対象者が被扶養者の場合はその氏名		フリガナ			続柄		生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日		
受療証の受領方法(どちらか選択)		1. 下記住所へ書留送付				2. ルネサス健保(武蔵)にて受領(以下の送付先は記載不要)					
受療証の送付先(原則として自宅住所)		〒									
傷病名		1.人工透析を実施している慢性腎不全 2.血友病(血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第 因子障害又は先天性血液凝固 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									
医療機関の窓口で、自己負担の有無					有 ・ 無						

医師の証明欄									
上記の通り、診療を受けていることに相違ありません。									
令和 年 月 日									
医療機関住所 名称 医師名 TEL									

<書類の送付先>

ルネサス健康保険組合 郵送: [〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]
社内便: [(む)ルネサス / #H1S2 / 健保]

ルネサス健保で受領の場合

受領年月日 : 令和 年 月 日
受領者サイン :

ルネサス健保使用欄

所得区分	証発行	健保インプット	健保受付日付印