

<注意>

この申請は、医師により特定疾病(人工透析を実施している慢性腎不全又は血友病のいずれかに限定)として証明を受け、「特定疾病療養受領証」の交付を受ける際の申請書です。認定を受けると、その疾病での一か月の自己負担額が1万円【但し人工透析を実施している慢性腎不全の方で上位所得者(標報53万円以上)は2万円】の負担のみとなります。

交付日

令和 年 月 日  
健保使用欄です。記入しないでください。

ルネサス健康保険組合 業務係御中

健康保険

被保険者  
被扶養者

特定疾病療養受領証交付申請書

記入例

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			
記号	1	0	0	番号	2	3	4	5	6	7	令和 太郎	タロウ	昭和 平成	50	1	1	
事業所名(任継・特社名)										連絡先		日中の連絡先 電話番号					
ルネサスエレクトロニクス										012345678		814-1234		03-1234-5678			

保険証を確認の上、正確に記入してください。

申請内容

対象者が被扶養者の場合はその氏名	フリガナ	レイワ	ハナコ	続柄	妻	生年月日	昭和 平成	51	1	3	日
受領証の受領方法(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)										
受領証の送付先(原則として自宅住所)	〒 郵送希望の場合、住所を記載してください。										
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

医療機関住所

医師

TEL

療養を担当している医師の証明を依頼し、ルネサス健保へ直接送付ください。

<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