→ 11 → b±/□ /+ □ #B <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。 次投击开口 亚卍 **公和** 左 日 日 交付日 令和 日 健保使用欄です。記入しないでください。 年 月 令和 日 ルネサス健康保険組合 御中 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書 記入例 提出日 令和 年 \bigcirc 月 \triangle 基本情報 ※枝番(-00)記入は不要です 被保険者の記号・番号(右詰め) レイワ タロウ 昭和 平成 被保険者 年 番 月 氏 名 50 年 1 月 記号 0 6 令和 太郎 1 目 뭄 H 事業 車絡先電話番号 ①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書の 社 いずれかでご確認の上、正確にご記入ください。 申請内容 フリカ゛ナ レイワ ハナコ 対象者が被扶養者 続 昭和 妻 生年月日 の場合はその氏名 柄 51 年 1 月 3 令和 花子 受療証の受領方法 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) (どちらか選択) 受療証の送付先 (原則として自宅住 郵送希望の場合、住所を記載してください。 所) 人工透析を実施している慢性腎不全 傷病名 .血友病(血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第WI因子障害又は先天性血液凝固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 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 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。 医療機関住所 名称 医師名 TEL <注意事項> 1.資格確認書で医療機関を受診する場合に任意で使用するものですが、 情報登録のため、マイナ保険証で医療機関を受診する場合でも申請が必要です。 <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:「(tr)ルネサス/#H1S2/健保] ルネサス健保で受領の場合 ルネサス健保使用欄 所得区分 健保インプット 健保受付日付印 受領年月日 :令和 年 月 日 証発行 受領者サイン