

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書（異動届）

日本電気健康保険組合 御中

所在地

事業主 名称

氏 名

㊞

申請者（被保険者）

平成 年 月 日 提出

被 保 険 者 証	記号		性 別	男	所 属	メールNo. TELNET	フリガナ	
	番号			女	現住所	TEL	氏 名	
							生年月日	昭・平 年 月 日

㊞

㊞

特定疾病の療養を受ける者

フリガナ		生 年 月 日	大正	年 月 日	続 柄		現 住 所
氏 名			昭和	(満 歳)			

医 師 の 意 見	疾 病 名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病（先天性血液凝固第Ⅷまたは第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（厚生大臣が定める者）	左記のとおり証明いたします。 平成 年 月 日 名 称 住 所 医師氏名
	疾 病 の 状 況 お よ び 意 見		

㊞

（異動のとき）

異動年月日	平成 年 月 日
異動事由	
1. 老人保健法該当のため 2. 被扶養者でなくなったため 3. その他（ ）	

健康保険組合処理欄

マネージャー	主 任	担 当	入 力	証	受付年月日