

記入内容を確認の上、必ずチェックしてください。

健康(記入例)療養受療証 交付申請書

退職者は空欄で結構です。
★従業員の方は、社内メールの宛先に
使いますので、詳しくお書きください。

記号-番号	123 - 123456		所属(退職者は空欄で可) 会社名+部署名+地区	明電舎 製造部 生産管理課 101号	
フリガナ	メイデン タロウ				
被保険者氏名	明電 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 確認の上、下記の通り申請いたします。		
被保険者住所	〒 001 - 0001	電話番号 (012)	345 - 6789		
フリガナ	メイデン タロウ	被保険者から見た続柄	本人	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2 年 2 月 1 日
氏名	明電 太郎				
現住所 (同一住所なら「同上」で可)	〒 - 電話番号 () -				
疾病名	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 慢性腎不全(人工透析を実施) <input type="checkbox"/> 2. 血友病(血漿分画製剤を投与) <input type="checkbox"/> 3. 後天性免疫不全症候群(抗ウイルス剤を投与、HIV感染者を含む)				

申請書を書いた日

医師の意見欄

上記の通り診療を受けていることに相違ありません。

医師に証明をもらってください。

発効年月日は、医師記入月の初日となります。
日付変更が必要ときは、別途ご連絡ください。

〒1丁目1番1号
病院

記入不要

↓ 以下は健保記入(申請者は記入しないでください)

健保記入欄		常務理事	事務長	担当
交付年月日	令和 年 月 日			
発効年月日	令和 年 月 日			
受療証送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属部署(宛)			

* 標準報酬月額の変更によって自己負担額が変わる場合は、改めて申請してください。
後日、差額の精算が必要になる可能性があります。