

(給付第8号)

決裁欄	受理日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当
	決定日	令和 年 月 日			

## 特定疾病療養受療証交付申請書

申請日 令和 年 月 日

被保険者 (本人)が記入 するところ	被保険者証	記号		被保険者 氏名		
		番号				
	被扶養者の 申請の場合 に記入	氏名				続柄
		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	住所	〒 —				
疾病名 (○をつける)	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群					
医師が記入 するところ	上記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名称 医師の氏名					

LIXIL健康保険組合 理事長 殿					
上記のとおり、申請いたします。					
令和 年 月 日					
被保険者	住所				
	氏名				

※消せるボールペン使用不可です。

健保組合受付

LIXIL健康保険組合

(給付第8号)

決裁欄	受理日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当
	決定日	令和 年 月 日			

## 特定疾病療養受療証交付申請書

申請日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者 (本人) が記入 する ところ	被保険者証	記号 131 番号 XXXXX	被保険者 氏名 健保 太郎
	被扶養者の 申請の場合 に記入	氏名 健保 花子	続柄 妻
		生年月日 昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	疾病名 (〇をつける)	住所 〒 136 — 〇〇〇〇 東京都江東区大島〇-〇-〇	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群
医師が 記入 する ところ	上記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 所在地 東京都千代田区霞ヶ関〇-〇-〇 医療機関名称 〇〇 医院 医師の氏名 〇〇 〇〇		

LIXIL健康保険組合 理事長 殿	
上記のとおり、申請いたします。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
被保険者	住所 東京都江東区大島〇-〇-〇 氏名 健保 太郎

※消せるボールペン使用不可です

健保組合受付

LIXIL健康保険組合