（令和6年12月改定）

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）記入欄	被保険者等	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				
医師記入欄	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

（令和6年12月改定）

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			

記入見本

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）記入欄	被保険者等	記号	131	被保険者氏名	健保 太郎	
		番号	○○○○○			
	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　○○ 年 ○○ 月 ○○ 日			
		住所	〒 ○○○ ― ○○○○ 東京都○○区○○町○－○－○			
	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				
医師記入欄	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　東京都千代田区霞ヶ関○－○－○ 医療機関名称　○○医院 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 東京都○○区○○町○－○－○

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