ルネサス健保使用欄

交付№		決裁	常務理事	事務長	主　任	担　当
認定日	令和　　年　　月　　日					
交付日	令和　　年　　月　　日					

資格取得日	平成　令和　　年　　月　　日
資格喪失日	平成　令和　　年　　月　　日
扶養認定日	平成　令和　　年　　月　　日

ルネサス健康保険組合　御中

健康保険　被保険者 被扶養者　特定疾病療養受療証交付申請書

提出日	令和　　年　　月　　日

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)			被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	昭和　平成　年　月　日
記号	番号					
事業所名(任継・特退の場合は記入不要)					日中の連絡先電話番号	
社　名			従業員番号			

申請内容

対象者が被扶養者の場合はその氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
受療証の受領方法(どちらか選択)	1. 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）				
受療証の送付先(原則として自宅住所)	〒　　—				
傷病名	1.人工透析を実施している慢性腎不全 2.血友病(血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ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　　年　　月　　日

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:[(む)ルネサス／＃H1S2／健保]

ルネサス健保で受領の場合
受領年月日　:令和　　年　　月　　日
受領者サイン　:

ルネサス健保使用欄

所得区分	証発行	健保インプット

健保受付日付印