健保使用欄	交付番号	―	常務理事	事務長	MGR	担当者
	伺年月日	令和　　年　　月　　日				
	施行年月日	令和　　年　　月　　日				

健康保険　特定疾病療養受療証　交付申請書

※　申請書の太枠内を記入し、医師の証明を受けて健康保険組合宛てに社内メールまたは郵送にてご提出ください。

申請者記入欄

被保険者等の記号ー番号	―	事業所（会社名）	
被保険者氏名	生年月日：昭・平・令　　年　　月　　日	店部名（店部コード）	（　　）
認定対象者氏名	生年月日：昭・平・令　　年　　月　　日	続柄（妻・長男等）	
被保険者の住所等	〒　　―	電話：　　―　　―	

送付先（希望する送付先に☑してください）

☐　社内メール　　店部名等：

宛　　名：

☐　郵送【 ☐ 自宅　☐ 実家　☐ 病院　☐ その他（　　）】

*自宅（上記住所と同じ場合）を希望される場合、下記住所は省略できます。
*病院へ送付を希望される方は先方で受け取っていただけない場合がありますので、事前に確認のうえ、宛名欄に病棟・部屋番号等も記入してください。

住所：〒　　―　　電話：　　―　　―

宛名：

セブン＆アイ・ホールディングス健康保険組合理事長殿

＊　次のとおり医師の意見を添えて申請します。
また、本申請書の提出を事業主へ委任することを承諾します。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名

医師記入欄

疾病名 該当する疾病に☑をつけてください	☐　血友病 ☐　人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 ☐　後天性免疫不全症候群

うえのとおり、令和　　年　　月　　日から診療を受けていることに相違ありません。

※特定疾病としての治療開始日をご記入下さい。ご記入いただいた月の月初から適用できる証を交付致します。

令和　　年　　月　　日

医療機関の　　所在地

名称

連絡先　　（　　）

医師の氏名

※医療機関の名称・所在地はゴム印（スタンプ等）を使用してください。

※　不明な点はセブン＆アイ・ホールディングス健康保険組合　給付担当にご連絡下さい。　TEL：03-6238-2856

※　ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

備考欄　申請に当たり、保険証の記号番号ではなく被保険者等の個人番号を記入したい方は下欄に記入してください。
但し、個人番号を記入する場合は、下記の添付書類（①②両方）が必要となりますのでご注意ください。
①個人番号確認用：マイナンバーカード、通知カードまたは個人番号記載の住民票写し
②身元確認用：マイナンバーカード運転免許証、身体障害者手帳、在留カード、パスポート等の写し