東亞合成健康保険組合　宛

常務理事	事務長	担当者

健康保険特定疾病療養受療証

再交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者等記号・番号	記号	番号	被保険者氏名			
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日					
	認定対象者の氏　　名		認定対象者の生年月日	昭 平 令　　年　　月　　日	被保険者との続　柄		
	認定対象者の住　　所						
	疾　病　名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 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第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（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）					

再交付の理由	該当の再交付理由を〇で囲ってください。 その他の場合はその理由を(　)に記入してください。 ・滅失 ・き損 ・その他（　　）

当組合が申請書を**受理した月から有効**な証を交付します。

上記のとおり申請します。

なお、交付された特定疾病療養受療証は、その認定疾病に係る療養が終わるまで保管し、療養が終わったときは、速やかに健康保険組合へ返納いたします。

年　　月　　日

〒

（住　所）

被保険者

（氏　名）

受付印