

特定疾病治癒届出書

組合員証番号	組合員氏名	住所										
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											(フリガナ)	〒
組合員 生年月日	(和暦) 年 月 日生	昼間連絡先TEL										

内容記入欄		
療養者氏名	療養者生年月日 及び続柄	(和暦) 年 月 日 続柄 ()
認定を受ける ようとする 疾病の名称	1. 人工腎臓（人工透析）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8因子障害又は先天性血液凝固第9因子障害等（血友病） 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わるものに限る）	
治癒年月日	(和暦) 年 月 日	

(注) 1 不要となった「特定疾病療養受療証」は、この届出書に添付して共済組合に返してください。

共済組合 処理欄	受付	審査	1	2	処理

(日本郵政共済組合)

申請年月日
令和 XX 年 XX 月 XX 日

特定疾病治癒届出書

組合員証番号 0 1 2 3 4 5 6 7	組合員氏名 (フリガナ) 共済 太郎	住所 〒 330-0081 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1
組合員 生年月日	(和暦) 昭和 XX 年 2 月 1 日生	昼間連絡先TEL 048-600-XXXX

内容記入欄		
療養者氏名	共済 康子	療養者生年月日 及び続柄 (和暦) 昭和XX 年 9 月 15 日 続柄 (母)
認定を受ける ようとする 疾病の名称	1. 人工腎臓（人工透析）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8因子障害又は先天性血液凝固第9因子障害等(血友病) 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わるものに限る）	
治癒年月日	(和暦) 平成 XX 年XX 月 XX 日	

(注) 1 不要となった「特定疾病療養受療証」は、この届出書に添付して共済組合に返してください。

共済組合 処理欄	受付	審査	1	2	処理
-------------	----	----	---	---	----

2021.06改正 <被扶養者担当>