

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号	00	事業所名	〇〇〇株式会社		
	被保険者証	番号	000000	所 属	(ポストNo A000) 〇〇〇課〇〇〇係 TEL(000) 000 - 0000 (内線 00000)		
	被保険者	氏名	健保 太郎		男 ・ 女	生年月日	昭和・平成 00年 00月 00日
	認定対象者	氏 名	健保 花子		続柄 男 ・ 女	生年月日	昭和・平成・令和 00年 00月 00日
	被保険者 (認定対象者) の住所	〒 000 - 0000 〇〇〇市〇〇〇区〇〇〇1-2-3					TEL(000) 000 - 0000
疾 病 名	(該当するものに○印をつけてください。) 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因子障害また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)						

医 師 証 明 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。					
	平成 00年 00月 00日					
	所在地		〇〇県〇〇〇市〇〇〇区〇〇〇1-2			
	医療機関 名称		〇〇総合病院			
医師名		保険 一郎				
TEL(000) 000 - 0000						

【注意事項】

1. 発効年月日は申請のあった日の属する月の初日となります。ただし、入社の場合は資格を取得した日又は被扶養者となった日が発効年月日となります。
2. 特定疾病にかかる自己負担限度額は1万円です。ただし、人工腎臓を実施している慢性腎不全の方のうち、70歳未満の上位所得者(標準報酬月額53万円以上の方)とその70歳未満の被扶養者は、自己負担限度額が2万円となります。
3. 「健康保険特定疾病療養受療証」は該当しなくなった場合は、健康保険組合に返却してください。

受 付 印

常務理事	事務長	係