

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	事業所名			
		番号	所 属	(ポストNo)		
				TEL()	-	(内線)
	被保険者	氏名		男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	認定対象者	氏 名		続柄	男・女	生年月日
被保険者 (認定対象者)の住所	〒 - TEL() -					
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。 令和 年 月 日 所在地 医 療 機 関 名 称 医師名 TEL() -
-----------------------	--

【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 |
|      |     |   |