

この申請書は事業主の証明は不要です。

# 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

記号・番号は、右づめで記入してください。

次のような場合に、この申請書を健保組合へ提出してください。

- 以下の治療を受けることになった方
- 人工透析を行う必要のある慢性腎不全
- 血液凝固因子製剤によるHIV感染症
- 血友病

この『特定疾病療養受療証』を医療機関の窓口で提示することにより、1ヵ月の治療費は10,000円の自己負担で済みます。(ただし、人工透析を必要とする慢性腎臓疾患については、上位所得者の自己負担額は20,000円/月になります。)

被保険者情報	健康保険の (右づめ)	1 2 3	9 8 7 6 5	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	4 0 0 3 1 5
	氏名	(フリガナ) タイヘイ ヒロタダ	枝番は不要です。		
	住所	(〒 〇〇〇 - ××××)	大阪 都道 大阪府 大阪市中央区〇〇町〇丁目〇-〇〇		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇〇 (××××) △△△△	日中に連絡のとれる電話番号を記入してください。			

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名 太平 洋匡	生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	40 年 3 月 15 日
	疾病名 (1から3の疾病に該当する番号をご記入ください)	2	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第八因子障害又は先天性血液凝固IX因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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。)		

医師の意見欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。	
	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
	医療機関の所在地	
	医療機関の名称	医師証明
	医師の氏名	
電話	( )	

事業所以外(自宅や病院等)への送付を希望する場合はご記入ください。

希望送付先	住所	(〒 〇〇〇 - ××××)	大阪 都道 大阪府 大阪市中央区〇〇町〇丁目〇-〇〇
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇〇 (××××) △△△△	
	宛名	太平 洋匡	

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 4 年 3 月 20 日

【健保使用欄】

常務理事	事務

発効期日は、申請月の初日(健康保険加入月に申請された場合は、資格取得日)となります。  
有効期限は、ありません。  
資格喪失まで有効です。