

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 の 記 号 ・ 番 号	(記号) 一 (番号)	事 業 所 名					
	被 保 険 者 氏 名			生 年 月 日	昭・平	年 月 日		
	交 付 申 請 対 象 者	氏 名		生 年 月 日	昭・平	年 月 日	続 柄	
	疾 病 名 (該 当 病 名 を 囲 む)	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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）						
医 師 意 見 欄	うえ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 ※日付は必ずご記載下さい <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">〒</div> 住 所 医 療 機 関 名 医 師 名 電 話 局 ()							
上記のとおり事業主を経由して申請します。 令和 年 月 日 〒 被 保 険 者 の 住 所 氏 名 電 話 局 () トッパングループ健康保険組合理事長 殿								

注 意 事 項	発効開始日は原則医師意見記入日の属する月の初日となります。	
	申請はすみやかに行ってください。発効開始日が変更となる場合があります。	
	次に該当した場合、受療証を返却してください。 ・資格を喪失した ・被扶養者でなくなった	
	人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全の場合	標準報酬月額が増減により、所得区分が変更になったときは受療証を更新いたします。
	※所得区分	標準報酬月額が53万円以上の方：上位所得 標準報酬月額が53万円未満の方：一般所得

※訂正する場合、訂正印をご捺印ください。

組合決定欄	
標準報酬月額	
千円	
自己負担限度額	
1万円	2万円

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事業所	
責 任 者	担 当 者