

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) 999 — (番号) 9999	事業所名	〇〇〇〇株式会社			
	被保険者氏名	健保 弘志		生年月日	昭・平 40年 1月 1日		
	交付申請 対象者	氏名	健保 弘志	生年月日	昭・平 40年 1月 1日	続柄	本人
	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 3 年 3 月 15 日 ※日付は必ずご記載下さい 〒 999-9999 住 所 埼玉県〇〇市〇〇4-4-44 医療機関名 〇〇〇〇病院 医 師 名 〇〇 太郎 電話 444 局 (444) 444						
上記のとおり事業主を経由して申請します。 平成 3 年 3 月 24 日 〒 999-9999 被 保 険 者 の 住 所 埼玉県〇〇市〇〇2-2-202 氏 名 健保 弘志 電話 022 局 (222) 2222 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

赤・・・本人記入
緑・・・医師記入