

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	保険証の 記号・番号	-	事業所名						
	対象者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	続柄	
	疾病名 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 証 明 欄	上記の事由により特定疾病療養受療証の交付を申請いたします。								
	令和 年 月 日								
	住 所 氏 名 T E L								
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 名 称 医師名 T E L									

■注意事項

- ・ 特定疾病の高額療養費の特例は、保険者の認定を受けることにより該当し、発効日は申請月の初日（健康保険加入月の場合は資格取得日）となります。月を遡って発効ができないため、早めのお手続きをお願いします。

健保記入欄	標準報酬月額	千円	自己負担限度額	<input type="checkbox"/> 1万円 <input type="checkbox"/> 2万円	備考	
-------	--------	----	---------	--	----	--

健 保 組 合		
決 裁	処 理	

健保受付

事 業 所	
責任者	担当者