

日立健康保険組合 御中

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

※太枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 険 者 欄	提出日	令和 年 月 日	備 考							
	被保険者証 記号・番号	記 号	番 号	被保険者 氏 名	(フリガナ)					
	事業所 (会社)名称	※任意継続および特例退職の方は記入不要です			所属・電話	(TEL :)				
被保険者 住 所 (TEL)	(TEL : - -) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください									
受 療 証 交 付 対 象 者 欄	対象者氏名 (療養を受ける人)	(フリガナ)			被保険者 との続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	傷病名 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)								
	窓口負担の 有無 (いずれかに✓)	病院窓口負担(10,000円/月または20,000円/月)の全部または一部について、国や地方自治体等の助成を受けていますか？				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	受療証の 送付先 ※被保険者住所 と同じ場合は 記入不要です	受取人 氏名				被保険者 との続柄	受取人 連絡先	TEL :		

※受療証は、「簡易書留」にて送付いたします。

医 師 の 意 見 欄	上記の通り、診療を受けていることに相違ありません 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 医師名 電話番号
----------------------------	---

インプット	証発行

..... 受付日付印

交付年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	主任	担当
認定年月日	令和 年 月 日				
自己負担 限度額区分	1万円 ・ 2万円	資格取得日	年 月 日		
		扶養認定日	年 月 日		