

記入例

K-101 P ()

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)

1	提出日	令和〇〇年〇〇月〇〇日										
被 保 者	被保険者証 記号・番号	記号	番号								被保険者 氏名	(フリガナ) ケンボ マサミ
	1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0										健保 正美	
險 者	事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇								所属・電話	〇〇課 (TEL: 000-000-0000)	
	※任意継続および特例退職の方は記入不要です											
2	被保険者 住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 (TEL: 000-000-0000) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください										
受 給 者	対象者氏名 (療養を受ける人)	(フリガナ) ケンボ カオル	被保険者 との続柄	配偶者	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	✓健保 薫					6	0	0	1	0	1	
4	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)										
5	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ			
6	受療証の 送付先	〒 -										
欄	※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。

7 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

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

「特定疾病療養受療証」の交付を申請するとき

※「特定疾病療養受療証」について

高額な治療を長期間続ける必要がある病気で、厚生労働大臣の定めるもの(下記参照)については、自己負担限度額が1ヶ月10,000円(70歳未満の上位所得者が人工透析を受ける場合は1ヶ月20,000円)に軽減されます。

この軽減措置を受けるには、健保組合に申請し、「特定疾病療養受療証」の交付を受ける必要があります。

<厚生労働大臣が定める病気>

- ① 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全
- ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または第Ⅸ因子障害(いわゆる血友病)
- ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

◆ 注意事項

異動や退職等により、保険証の記号・番号が変わる場合には、申請書の再提出が必要となります。(この場合、医師の証明は不要です。)

◆ 記入要領(記入例の番号と照合してください)

- ① 健保組合へ申請書を送付する日を記入してください。
- ② 被保険者の居住している住所を記入してください。
- ③ 療養を受ける人の氏名を記入してください。
- ④ 該当する傷病名にチェック(✓)を記入してください。
- ⑤ いずれかにチェック(✓)を記入してください。
- ⑥ 被保険者の住所と異なる場合にのみ記入してください。
- ⑦ 受診している医療機関より証明をいただいでください。

* 記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にも二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

◆ 送付先

健保組合に送付してください。
なお、紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。
(送付先住所は、保険証の「保険者所在地」に記載)