

特定疾病療養受療証交付申請書 記入例

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	担当者

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	保険証の 記号・番号	① 888 - 1234	事業所名	(株)□□□商事		
	氏名	関東 太郎	生年月日	昭・平 50年 4月 5日		
	住所	〒110-**** 東京都台東区〇〇X-X □□マンションXXX号				
	電話番号	03 **** *				
認定対象者	氏名	関東 花子	生年月日	昭・平・令 52年12月 2日	続柄	② 妻
	傷病名 (番号に○をつけ てください)	① 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 ② 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 (HIV感染を含み、厚生労働大臣が定めているものに限る)				

《医師の意見欄》③

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

医療機関の 所在地
名称
医師名

印

上記のとおり申請します。

令和 元 年 5 月 10 日

被保険者の 住所 東京都台東区〇〇X-X □□マンションXXX号

④ 氏名 関東 太郎

印

関東百貨店健康保険組合 御中

受付年月日

① 記号・番号は保険証に記載されています。

② 戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。(長男、二男、長女、二女等)

③ 医師の意見欄に証明を受けて申請してください。

④ 被保険者(申請者)本人の自署の場合は、押印を省略できます。

特定疾病にかかる自己負担限度額

特定疾病にかかる自己負担限度額は1万円です。ただし、人工腎臓を実施している慢性腎不全の方のうち、70歳未満で標準報酬月額53万円以上の方は、自己負担限度額が2万円となります。

対象特定疾病

- ① 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
- ② 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- 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)

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、発効期日から有効となります。

※発効期日は申請月の初日(健康保険加入月の場合は資格取得日)となります。