

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

申請日：令和 年 月 日

被 保 者	被保険者等		被保険者の氏名		被保険者の生年月日			被保険者の事業所名称		
	記号	番号	(フリガナ)		昭和	年	月	日		
保 険 者	被保険者の住所		日中連絡が取れる電話 ()							
	認定対象者	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者との続柄	
疾 病 名	<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)										
記 入 欄	上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します									
	令和 年 月 日 被保険者名 _____									
送 付 先	受療証は、原則事業所経由で送付いたします。事業所以外への送付を希望される場合のみご記入ください									
	<input type="checkbox"/> 上記被保険者住所 <input type="checkbox"/> その他 → 下記に送付先を記入してください なお、医療機関への送付を希望される場合、事前に送付可能か医療機関へご確認の上、 医療機関名・病棟・病室番号・個人名等確実に配達できる送付先をご記入ください。									
医 師 の 証 明 欄	住所	日中連絡が取れる電話番号 ()							被保険者との関係	
	宛先									
医 師 の 証 明 欄	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	名 称	医療機関 所在地	医 師 名						

【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、発効日から有効となります。
- ・ 発行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。
- ・ 医師に証明を受けられない場合は、特定疾病に関する意見書もしくは特定疾病にかかったことを証明する書類(診断書等)を添付してください。

【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歳未満の上位所得者(標準報酬月額53万円以上の方)とその70歳未満の被扶養者は、自己負担限度額が2万円以上となります。

健 保 受 付 印

決定日	令和 年 月 日	自己負担限度額	決 済		
			常務理事	事務長	担当者
発行日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1万円			
		<input type="checkbox"/> 2万円			