

記入見本

高額な治療が長期間必要な厚生労働大臣が定める疾病(特定疾病)で治療を受ける場合は、「特定疾病療養受療証」を「健康保険証」と共に提示すると、医療機関における自己負担が1ヵ月10,000円ですみます。(70歳未満の標準報酬月額53万円以上の被保険者及びその被扶養者が、人工透析を受ける場合の自己負担限度額は20,000円)
「特定疾病療養受療証」の発効日は健康保険組合へ申請のあった月の初日になりますので、該当の場合は、申請書に医師の意見を受け速やかに提出してください。

医療機関等より入手した申請書をご提出いただいても結構です。

カネ力健康保険組合理事長 殿

「特定疾病療養受療証」の交付が遅れることになりますので、申請書はもれなくご記入ください。

当該理事・事務長 係

「特定疾病療養受療証」は、健康保険組合へ申請のあった月の初日(新たに被保険者及び被扶養者資格取得の場合は、資格を取得した日)から適用されます。

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者が記入する欄	健康保険証の記号・番号	記号	1000	番号	123456	事業所の名称	株式会社カネ力	
	被保険者について	氏名	鐘化 太郎		生年月日	昭和 平成 45年 4月 17日		
	認定対象者について	氏名	鐘化 明子		生年月日	昭和 平成 令和 46年 3月 3日	続柄	妻
	住所	〒 673-0000 兵庫県明石市						
	電話番号	○○○(○○○)○○○						
疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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感染症を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)							
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類の提出が必要になりますのでご注意ください。)								
マイナンバー記載の場合は、別途確認書類のご提出が必要になりますのでご注意ください。								
備考欄								

医師の意見欄	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						
	医療機関の所在地						
	電話番号						
医師の氏名							

こちらに医師の意見を記入していただきください。

被保険者が記入する欄	上記のとおり申請します。						
	令和 3年 9月 8日						
	被保険者住所 兵庫県明石市... 被保険者氏名 鐘化 太郎						
	事業主経由で提出する場合は、□にチェックが必要です。						
	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します (委任する場合は ✓)						