

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。

カネカ健康保険組合理事長 殿

学務理事 事務長 係

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

「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	株式会社カネカ		
	被保険者について	氏名	鐘化 太郎		生年月日	昭和 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 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。)							
備考欄	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)						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。		

「特定疾病療養受療証」の交付対象となる方についてご記入ください。

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ってください。

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・・・					
		氏名	鐘化 太郎						
<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 <input checked="" type="checkbox"/>)									事業主経由で提出する場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックが必要です。