

## 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

|                                   |               |    |                       |  |         |       |                |              |      |
|-----------------------------------|---------------|----|-----------------------|--|---------|-------|----------------|--------------|------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄   | 被保険者証         | 記号 | 〇〇〇〇                  | 番号   | 〇〇〇〇〇〇〇 | 事業所名  | 〇〇株式会社 〇〇事業場   |              |      |
|                                   | 被保険者の氏名       |    |                       | 健保 太郎  |         | 生年月日  | 昭和<br>平成       | 〇〇年 〇〇月 〇〇日  |      |
|                                   | 被保険者の住所       |    |                       | 〒 〇〇〇 - △△△△<br>〇〇〇県〇〇〇市〇〇〇町〇〇番地             |         | 電話番号  |                | 〇〇〇 (〇〇〇)〇〇〇 |      |
|                                   | 認定対象者の氏名      |    |                       | 健保 花子  |         | 生年月日  | 昭和<br>平成<br>令和 | 〇〇年〇〇月〇〇日    | 続柄 妻 |
|                                   | 疾病名           |    |                       | 1 血友病<br>② 人工透析を行う必要のある慢性腎不全<br>3 後天性免疫不全症候群 |         |       |                |              |      |
|                                   | 特定疾病療養受療証の送付先 |    |                       | ① 事業所労務担当課                                   |         | 2. 自宅 |                | 3. その他       |      |
| 〔 右欄1, 2, 3のいずれかに<br>〇印を付けて下さい。 〕 |               |    | 3. その他をご希望の場合の送付先 〒 - |  |         |       |                |              |      |

|                            |                           |   |     |
|----------------------------|---------------------------|---|-----|
| 医<br>師<br>の<br>意<br>見<br>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 |
|                            | 医療機関所在地                   |   |     |
|                            | 医療機関の名称                   |   |     |
|                            | 医師氏名                      |   |     |

医師の証明を受けてください

事業所受付日：令和 年 月 日

【被保険者の方へ】

- 申請書の「医師の意見欄」に医師の証明を受けるか、特定疾病に関する医師の意見書その他疾病にかかったことを証明する書類(診断書など)を添付してください。
- 特定疾病の対象となる疾病
  - 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を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)
- 特定疾病にかかる自己負担額は10,000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20,000円となります。
- 特定疾病受療証の発効年月日は、申請月の初日(健康保険加入月に申請した場合は資格取得日)となります。

※提出先は各事業所労務担当課です。任意継続被保険者は、直接東レ健康保険組合に提出して下さい。

|     |     |       |         |
|-----|-----|-------|---------|
| 担 当 | G L | 事 務 長 | 常 務 理 事 |
|     |     |       |         |