

シャープ健康保険組合

健康保険「特定疾病療養受療証」交付申請書

申請される方は、医師の意見書欄に証明を受けた上で、管轄の総務部又は管理部に提出してください。
 尚、任意継続及び特例退職被保険者の方は健康保険組合へ提出してください。(所属名欄は記入不要です。)
 ※ご記入は、必ずインクが消えないペン(ボールペン等)をお願いします。
 ※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的範囲内で取り扱います。

被 保 険 者	記号	番号(氏名C)	氏名	勤務地・所属名	日中の連絡先
				勤務地 ()	() —
	住所	〒 —			
	被保険者のマイナンバー記載欄 ※被保険者証の(記号)(番号)を記入した場合は不要です				

申 請 内 容	受領証が必要な方	氏名 ※本人の場合記入不要	性別	生年月日	年齢
	本人・家族		男 ・ 女	昭和 平成 令和 年 月 日	歳
	疾病名 ※該当する疾病の番号に○をつけてください				

- 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
- 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- 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。)

医 師 の 意 見 書	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 (当院での透析開始日 令和 年 月 日)
	医療機関名
	所在地
	電話番号
	医師名
	印

【提出先・問い合わせ先】
 シャープ健康保険組合
 大阪府八尾市北亀井町3-1-72(〒581-8585)
 TEL. 8-578-001386(内線) 050-5530-3927(外線) FAX. 06-6791-7309

健保記入欄

受付 No.	
決定日	年 月 日
送付日	年 月 日
月額	千円
限度額	1万円・2万円
入力日	年 月 日

常務理事	事務長	課長		担当

事業主受付印

健保受付印