

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 ご 記 入 欄	被保険者		所属名(会社名・所属・マルチ・連絡先)																						
	保険証記号		(勤務地)																						
	保険証番号		所属名																						
	氏名		マルチ8ー -																						
	生年月日	昭・平 年 月 日	連絡先 - -																						
認定対象者(ご本人の場合は氏名・生年月日は記入不要です、続柄欄は本人と記入しておいて下さい)																									
氏名																									
生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄																							
住所	郵便番号(-)																								
	電話番号(- -)																								
疾病名	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 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 4. 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。)																								
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者住所 氏 名 シャープ健康保険組合 殿																									
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)																									
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																									

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				
	医師名				印
電 話					

(健保記入欄)(受付No.)

決 定	令和 年 月 日
受療証送付日	
ケンパス入力	
標準報酬月額	千円
自己負担限度額	1万円・2万円

常務理事	事務長	課 長		担 当

健保受付印 事業主受付印