

# 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

常務理事	事務長	係員	担当者

被保険者資格取得日				被扶養者認定日				受療証発行日			
昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	令和	年	月	日
年齢	歳	自己負担限度額区分									
標準報酬月額	千円	血友病									
		10,000円	抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIVを含む） 70歳以上								
自己負担限度額	円	人工透析を受けている慢性腎不全									
		20,000円	70歳未満	53万円未満	70歳未満	53万円以上					

健保受付印

被 保 険 者 （ 届 出 者 ）	HOYA健康保険組合 理事長殿										
	特定疾病療養受療証の発行を下記のとおり申請いたします。										
	なお、不要になった場合や資格喪失時には速やかに返納いたします。										
	当申請は被保険者が申 <input type="checkbox"/> 請したもので間違いあ りません。 上記に☑があるときは被保険者の捺印を省略できます。										
被保険者記号	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	◎	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
被保険者番号	被保険者住所	(フリガナ)									

## 認定対象者

-- 被保険者本人が必要な場合 --

被保険者本人	生年月日		性別		<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新
--------	------	--	----	--	-----------------------------	-----------------------------

-- 被扶養者が必要な場合 --

(氏)	(名)	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新
-----	-----	----	------	----------------	---	---	---	-----------------------------	-----------------------------

疾病名 該当に☑してください。	<input type="checkbox"/> 血友病
	<input type="checkbox"/> 人工透析を受けている慢性腎不全
	<input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIVを含む）

医 師 の 意 見 欄	上記の通り、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										
	医療機関名称										
	医師名 (印)										
電話番号 ( )											

※本届出に記入されている個人情報は、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し他の目的には使用しません。