

# 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 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）							
	10,000円			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			

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請したもので間違いありません。 上記に印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)	〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	生年月日	昭和	*	年	*	月	*	日	*
***		(氏)	〇〇〇	(名)	〇〇〇〇	平成							
被保険者番号	被保険者住所	(フリガナ)	フリガナを記入してください。										
*****			健保への届出済住所を記入してください。										

## 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
--------	------	----	---


いずれかに  
✓してください。

-- 被扶養者が必要な場合 --

(氏)	(名)	続柄	*	生年月日	昭和	*	年	*	月	*	日	*
〇〇〇	〇〇〇〇				平成							
					令和							

いずれかに  
✓してください。

疾病名	<input type="checkbox"/> 血友病
該当に印してください。	<input checked="" 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	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3										
	医療機関名称	〇〇病院										
	医師名	〇〇 〇〇〇 										
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。