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		業務部長	剪	美務課長	業務係	長	係
			Ц.						
年月		年 月	₹	標準報酬	M		区分		
交付	確言	忍書・おしら・	ť	郵送・ヨ	F渡	備考			

(健保組合使用欄)

<u>・マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)は、認定証の発行はありません。</u> 当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に受療認定の情報が反映されます。

_=		<u>学生が見り入場、パイプは映画にある文的所に文源脈だの情報が決映される。</u>
申請	年月日 令和	年 月 日
被保	被保険者等 記号·番号	・記号 番号 記号番号が分からない場合は、マイナンバーを記入してください。
被保険者情報	氏名	(フリガナ) 生年月日 昭・平・令 年 月 F
報	住 所	
	正 別	電話番号 (日中の連絡先)
	提出委任	□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)
【ご注	意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。
認定対象者	療養を 受ける方	氏 名
象者	疾病名 該当する番号を ご記入ください。	1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第120日子障害又は先天性血液凝固第120日子障害 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(HV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)
7 〇	欄に医師の証明	を受けるか、診断書等の疾病にかかっていることを証明する書類を添付してください。
医師	上記のとおり記	家療を受けていることに相違ありません。 日 日
証明欄	所在地 医療機関名	
1198	医師氏名	TEL ()
	格確認書をお持 記入ください。	ちの方で、上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに特定疾病療養受療証の送付を希望する場合に
希		
希望送付先	住 所	電話番号 () (日中の連絡先)
先	あて名	被保険者 との関係
注:医	療機関を希望する	場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。
		受付日付印
	保険労務士の 代行者名記載欄	

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

	常務理	*	事務長		業務部長	á	英務課長		業務係	Ę	係
								I			
	年月		年	月	標準報酬	el .		+	区分		
	交付	Tźr:	思書・おしら			_	/ # 孝				
I	文19	堰	必言・わしり	6	型坯 . 寸	- /戊	畑ち				(保組合使用欄)

・マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)は、認定証の発行はありません。 当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に受療認定の情報が反映されます。

申請:	平月日	令和		年	月		H														
被保	2被保記号	険者等 子·番号	記号	2	3	4	番	号 9 8	7	6		記号番	号が分	からなし	い場合は	、マイナ	シバーを	記入し	てくださ	(L).	
険者 情	3	氏名	(フリガ 	i+)	ホケ 保	<u></u>	<u>.</u>	_{ロウ} 郎				生年月		昭平	・令	××	年	×	月	×	日
報	(4	三所	∓ 11	10 -	- 000	0		東京		都府	道 · 県	00	区(00	0	× -	× -	X			
	1.2	ומ ב	Г	14	\ \ \ \ \	マン	ショ	ン×	X	X 号	-	電話	番号		090	(xx	××)	×:	<××		

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

認定社	4 療養を 受ける方	氏名	保険 一	続 柄	父	生年月日	電・平・令	×× 年 ×	月;	× _目
象者	疾病名 後当する番号を ご記入ください。	2	1 血漿分画製剤を投与している先天性 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 9					系るものに限る。)		

○ 下欄に医師の証明を受けるか、診断書等の疾病にかかっていることを証明する書類を添付してください。

提出委任 □ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は図)

医師	も 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	B	
証	所在地						
明欄	医療機関名						
	医師氏名	TEL	()			

○ 資格確認書をお持ちの方で、上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに特定疾病療養受療証の送付を希望する場合に できるください。

	7 住所	〒 — 都・道 府・県		
帝望 送	1		電話番号 (日中の連絡先)	()
付先	あて名		被保険者 との関係	

注: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
東京都二ット 健康保険組合 (ROG	i.12)

※ 注意 ※

マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)は、<u>特定疾病療養受療</u>証の発行はありません。

組合事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に受療認定の情報が反映されます。

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 申請書を提出する日付をご記入ください。
- **2** 被保険者等記号番号は、資格情報のお知らせ・資格確認書またはマイナ保険証登録済みであれば、マイナポータルサイトからご確認いただけます。
- 3 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
- 4 療養を受ける方(特定疾病療養受療証を使用される方)の氏名などをご記入ください。
- **5** 該当する1~3の番号をご記入ください。
- **6** この欄に医師の証明を受けるか、特定疾病に関する意見書もしくは特定疾病にかかったことを証明 する書類(診断書等)を添付してください。
- 希望送付先が入院している医療機関等の場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認ください。 その際には、医療機関名・病棟・病室番号等を必ずご記入ください。

特定疾病にかかる自己負担限度額

特定疾病にかかる自己負担限度額は1万円です。

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2万円となります。

発行期日

受付日付印

特定疾病の特例は、保険者の認定を受けることにより該当し、発効期日から有効となります。

※ 発効期日は申請月の1日(健康保険加入月の場合は資格取得日)となります。

注:この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。