

常務理事	部長	課長	係長	係

## 特定疾病療養受療証交付申請書

下記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日

被保険者欄	1	被 保 険 者 証 号 被 記 号 ・ 番 号	(記号) ----- (番号)	2	事業所名称		
	3	被 保 険 者 の 氏 名					
	4	被 保 険 者 の 生 年 月 日					昭和・平成・令和 年 月 日
	5	被 保 険 者 の 住 所		〒 : : : : - : : : :	Tel (日中の連絡先) ( )		
	都道府県						
	6	送 付 先 上記「5」と別の 住所に送付を 希望する場合 のみご記入く だ さ い	住所	〒 : : : : - : : : :	Tel (日中の連絡先) ( )		
		宛名	※勤務先や入院先等で被保険者本人以外の場合は担当者名 <div style="text-align: right; font-weight: bold;">様宛</div>				

適用対象者欄	7	療 養 する 方 の 氏 名		8	被 保 険 者 と の 続 柄		
	9	療 養 する 方 の 生 年 月 日					昭和・平成・令和 年 月 日
	10	疾 病 名 (1～3の疾病名に該当する数字に○印をつけてください。)		1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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(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。)			

医師の意見欄	11	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  医療機関の所在地 〒 医療機関の名称 医師の氏名 電 話				
--------	----	--	--	--	--	--

※健保組合に申請書が届いた月から効力が発生するため、郵送にて申請される場合(月末が近い場合)は、当組合への到着日にご注意ください。

※「特定疾病療養受療証」の交付は、原則、受付日当日に処理・発送(普通郵便)を行います。速達による発送を希望される場合は、返信用封筒(切手を貼付したもの)の添付をお願いいたします。

健保組合記入欄	交 付 年 月 日	令和 年 月 日	受 付 印
	発 効 年 月 日	令和 年 月 日	
	標 準 報 酬 月 額	千円	

## ◎特定疾病療養受療証について

### 【対象者】

下記の【対象疾病】のいずれかに該当する被保険者・被扶養者。

### 【対象疾病】

- 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又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。）

### 【対象疾病にかかる1ヶ月の自己負担限度額】

区分	自己負担限度額	注意事項
70歳未満	10,000円	
	20,000円	人口透析を必要とする上位所得者（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
70歳以上	10,000円	

### 【注意事項】

- 効力の発生日について  
健保組合にて申請書を受付した月の1日から有効となります。  
(申請のあった月に健康保険の資格を取得した方については、その取得日からとなります。)  
※郵送にて申請される場合(月末が近い場合)は、当組合への到着日に、ご注意ください。  
※速達による発送を希望される場合は、返信用封筒(切手を貼付したもの)の添付をお願いいたします。
- 必ず、「11」の医師の意見欄に証明を受けてください。

### ご提出・お問い合わせ先

※申請書は郵送または直接健保窓口にご提出ください。

〒111-0052  
東京都台東区柳橋1-1-4  
東日本プラスチック健康保険組合 適用係  
Tel 03(3862)1055