

常務理事	業務局長	業務部長	課長	係長	係

健康保険 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。

平成 年 月 日

被保険者欄	1	被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号	(記号) (番号)	2	事業所名称		
	3	被 保 険 者 の 氏 名	⑩				
	4	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和 平成 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	都道 府県		※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様宛		

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 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。			
	平成 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 ⑩ 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	平成 年 月 日	受 付 印
	発 効 年 月 日	平成 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が受付された月の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。）
※健保組合に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。
- 被保険者が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。
- 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、もしく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