

常務理事	事務局長	部長	課長	課長補佐	係長	係

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

記入にあたっては裏面の記入上の注意を良く読んで下さい。

被保険者が記入する欄	被保険者証の 記号・番号	—	被保険者氏名 及び生年月日			
	認定対象者の 氏名		男・女	認定対象者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日	被保険 者との 続柄
	認定対象者の 住所	〒 -				
	疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 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(血友病) 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	うえ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					
	名称					
	医療機関の 所在地					
医師名						
㊟						

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所
被保険者
氏名

㊟

受付日付印

[記入上の注意]

1. 「特定疾病療養費受療証交付申請書」表面の医師の意見欄に療養担当の医師に証明を受けるか、特定疾病に関する意見書・その他疾患にかかったことを証明する書類(診断書など)を添付して、東京都家具健康保険組合へご提出下さい。
2. 「特定疾病受療証」の発効期日は申請月の初日(健康保険の加入月に申請された場合は資格取得日)となります。
3. 健康保険の資格がなくなったときは、特定疾病療養受療証は保険証と一緒に必ず返納してください。
4. 健康保険証が切り替わった場合や受療証に記載されている内容に変更が生じた場合には、改めて申請が必要になります。