

決裁日付印

| | | | |
|------|-----|---------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 事務課(係)長 | 担当者 |
| | | | |

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

※この申請書につきましては「被保険者から直接健保組合へ申請及び健保組合から被保険者へ直接送付」可能です。

※太線内は被保険者が記入する欄です。

| | | | | |
|---|---|---|---------------|--|
| 被保険者証の 記号および番号 | — | 被保険者氏名 及び生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| <該当する□にチェック(☑)をつけ、以下必要な項目を記入してください。> | | | | |
| 療養を受けている方(今回認定を受けようとする方)は被保険者本人ですか、被扶養者家族ですか。 | | <input type="checkbox"/> 被保険者本人 → ⑤・⑥のみ記入してください。 <input type="checkbox"/> 被扶養者家族 → ①～⑥を記入してください。 | | |
| ①認定対象者の 氏 名 | | ②認定対象者の性別 男 ・ 女 | ③被保険者 との続柄 | |
| ④認定対象者の 生 年 月 日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | |
| ⑤ 疾 病 名 <該当する数字に○ をつけてください。> | 1.人工腎臓(人工透析)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因子障害等(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) | | | |
| ⑥特定疾病療養 受療証の送付先 | <input type="checkbox"/> 事業所担当者 <input type="checkbox"/> 被保険者直接送付→社内メール(地区名 所属コード) <input type="checkbox"/> 郵便送付(郵便番号 住所 宛名) | | | |

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付してください。

| | |
|------------|--|
| 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 |
| | 医療機関の所在地 |
| | 医療機関の名称 |
| | 医師の氏名 ㊟ |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 被保険者の住所

被保険者の氏名

㊟

受付日付印

[留意事項] 発効期日は、申請月の初日(健康保険加入月に申請された場合は、資格取得日)となります。

(TDK健康保険組合給付8)