特定疾病療養受療証交付申請書について

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者情報	被保険者等の記号番号	記号 100	番号 ○○○○○	所属事業所及び部署名	○○○株式会社 ○○支店 電話(内線) 03-1234-5678(123)
	社員番号	○○○○○			
	① 氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	(昭和)・平成 60 年 5 月 20 日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒○○○－○○○○ 東京都○○区○○町1－1－2 △△マンション201号室 電話 03 (9876) 5432			
	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	○○△△@○○○.ne.jp			

認定対象者欄	療養を受ける方	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日	(昭和)・平成・令和 62 年 12 月 12 日	
	② 住所	〒○○○－○○○○ 東京都○○区○○町1－1－2 △△マンション201号室			
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 03 (○○○○)○○○○	続柄	妻	
	疾病名 (該当に○)	(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因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			

医師の意見欄

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

③ この欄は医師に記入を依頼してください

医師名

備考	個人番号(マイナンバー)※任意 ※マイナンバーをご記入いただいた場合は個人番号確認、身元確認のため以下の2種類の書類を添付してください。 ①個人番号通知カードまたは個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し

上記のとおり申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ④ 被保険者氏名 健保 太郎

受付日付印

特定疾病にかかる自己負担の軽減措置を受けるときにご提出ください。

記入について

① 被保険者の記号番号、氏名、住所等を記入してください。

② 認定対象者（軽減措置を受ける方）の氏名、生年月日 等を記入してください。

③ 療養を担当している医師に意見と証明を依頼してください。

④ 申請日と被保険者氏名の記入、押印してください。

特定疾病にかかる自己負担額

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2万円になります。

ご注意ください

特定疾病の軽減措置は健康保険組合の認定をうけることにより該当し、発効期日から有効となりますので認定を受ける場合はお早めに申請書を提出してください。

提出先・お問い合わせ先

フィリップス・ジャパン健康保険組合
〒151-0051
東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト8階
TEL 03-6384-2270
info@philips-kenpo.com