

標準報酬月額 自己負担限度額	受付日	承認日
千円		
万円		

常務理事	事務長	課長	担当

京成電鉄健康保険組合理事長 殿

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者が記入する欄				
被 保 険 者 の 方	被保険者証 記号一番号	—	事業所名	
	氏 名	Ⓜ		
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
療 養 を 受 け る 方	氏 名			
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
	住 所 電話番号	〒 —	電話 ()	
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ※ 透析開始日：令和 年 月 日 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅲ因子障害または 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	
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 :	印

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

1. 趣旨

健康保険特定疾病療養受療証(以下「受療証」といいます。)は、人工腎臓を実施している慢性腎不全や血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅲ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(血友病)など、法令に定める特定疾病の療養に対して、受療証を医療機関に提示することにより、療養費の自己負担額の軽減を図ることを目的にされた制度です。

2. 申請資格者

- ① 被保険者
- ② 被扶養者

3. 対象となる特定疾病

- 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Ⅲ因子障害また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。)

4. 申請にあたって

- ① 申請書に医師の証明をもらってください。

以 上