

調査役	課長代理	係 長	主 任	係

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

※裏面の留意事項を確認のうえ、ご申請ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号											
	フリガナ 氏 名				生 年 月 日									
					昭和	平成		年		月		日		
住 所	〒		—		都 道 府 県									
	電話番号 (日中の連絡先)				TEL		(		)					

認 定 対 象 者	フリガナ 氏 名				生 年 月 日										
					昭和	平成 令和		年		月		日			
	疾 病 名 1～3 いずれかに○	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 又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 (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。)													

送 付 先	上記の「被保険者住所・被保険者宛」以外に送付を希望する場合のみご記入ください。														
	* 会社宛の場合は社名・部署名等を記入のうえ、個人名を必ずご記入ください。 * 医療機関宛の場合は事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、医療機関名・病棟・病室番号等を記入のうえ、個人名を必ずご記入ください。 * 個人宅宛で送付先の苗字と受取人の苗字が異なる場合のみ、必ず(様方)をご記入ください。														
	住 所	〒		—		都 道 府 県									
	電話番号 (日中の連絡先)				TEL		(		)						
	社名・部署名 医療機関名 病棟・病室番号等				宛 名 (個人名)				(様方)			様			

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							
	電話番号							
※医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ)等を使用してください。								

〔備考〕

被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

※ 受 付 日 付 印

上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。
令和 年 月 日

特定疾病療養受療証交付申請書における留意事項

■ 特定疾病療養受療証の交付対象者は下記の特定疾病に該当されている方に限ります。

- 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

- 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。)

※血液凝固因子製剤の投与に起因する後天性免疫不全症候群に関する医療を受けている方が対象です

■ **特定疾病療養受療証の発効日は申請書を受付した月の1日(当月途中から取得・認定をされた方はその日から)となります。厚生労働省からの通達により、前月以前に遡っての適用はできません。**

■ 申請書記入時の注意事項

- ・ 必要事項をもれなく正確にご記入ください。
- ・ 疾病名は1～3に○をしてください。
- ・ 医師の意見欄には担当医師の証明を受けてください。
医療機関によっては証明まで日数を要する可能性があります。速やかにご申請ください。
- ・ 送付先欄は「被保険者住所・被保険者宛」と同じ場合は記入不要です。

※ 血液凝固因子製剤の投与に起因する後天性免疫不全症候群に該当される方は別途書類が必要になりますので、審査課までご連絡ください。

■ 申請書の提出方法

- ・ 郵送にてお手続きいただきますようお願いいたします。

■ 問い合わせ先

〒169-8516

東京都新宿区百人町2-27-6

関東ITソフトウェア健康保険組合 審査課 03-5925-5304