

## 記入例

常務理事	事務長	担当者

交付してある健康保険被保険者証から転記して下さい。

## 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	被保険者証の記号・番号		123 - 45678	事業所名称	株式会社 ○△□☆		
	被保険者	氏名	健 保 太 郎	生年月日	昭和 平成	45年 1月 2日	
	認定対象者	氏名	健 保 花 子		生年月日	昭和 平成	46年 3月 4日
		被保険者との続柄	妻		性別	男 ・ 女	
	被保険者（認定対象者）の住所		〒123-4567 ○○県△△市□□1-2-3 ☆☆コーポ 456 TEL 03-1234-5678				
	<p>下記該当疾病番号に○印をして下さい。</p> <p>1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析）</p> <p>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）</p> <p>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）</p>						

医 師 の 意 見 欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関 名称</p> <p><b>医療機関担当医師の証明が必要となります。</b></p> <p>医師名</p>
----------------------------	--

## 【注意事項】

\*認定証の発効年月日については、当組合に受付された日の属する月の初日となります。ただし、申請のあった月に被保険者の資格を取得した者、又は被扶養者となった者については、その資格取得日、又は扶養認定日となります。

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。

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

受付日付印

## 健康保険特定疾病療養受療証の交付手続きについて

下記の対象疾病の者は、所定の手続きをすると、長期高額疾病として自己負担限度額が 10,000 円（月額）となります。ただし、人工透析を要している 70 歳未満の上位所得者（月額 530 千円以上で基礎控除後の所得の合計額が 600 万円を超える方）は、自己負担限度額が 20,000 円（月額）となります。

対 象 者	人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析）の患者並びに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）の患者及び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）の患者が対象となります。
承 認 期 間	申請書を当組合で受付した日の属する月の初日から資格喪失日又は扶養削除日の前日まで
届 出 書 類	健康保険特定疾病療養受療証交付申請書 ※医師の意見欄に医療機関の証明が必要です。
届出・問合せ先	〒107-0062 東京都港区南青山 2-24-11 フォーラムビルディング 9F フォーラムエンジニアリング健康保険組合（Tel 03-5413-5180 fax 03-5413-5181）