

K-101 (本人記入例)

交付 No.	
認定日	令和 年 月 日
交付日	令和 年 月 日

[健保]			事務所	
常務理事	事務長	担当	事務所長	担当

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

① 太枠線内を記入してください

提出日 令和 5 年 5 月 10 日 (注)氏名自署の場合は印不要

② 被保険者証の記号・番号 被氏 アリカナ プツリュウ タロウ
保 保 (氏) (名)
険 険 物 流 太 郎 (印)
者 者 名 名

事業所名称 所 属 ・ 電 話
ロジスティード(株) **本社 人事サービスセンター**
(TEL: 6263-2813)

対象者が被扶養者の場合その氏名 続 昭 年 月 日 生
柄 平 令 ③

対象者の住所 **東京都千代田区神田2丁目3番地**

傷病名 ④
 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Ⅳ因子障害
 または、先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等
 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)

医療機関の窓口で、10,000円/月の自己負担はありますか ⑤ **あ** る ない

⑥ 医師の意見欄

上記の通り、診療を受けていることに相違ありません。

令和 5 年 5 月 8 日

所在地 〒142-0063 東京都品川区〇〇町1-1-1

医療機関の名称 × × 医科大学附属小児医療センター

医師名 × × 一 太 (印)

TEL 03-XXXX-XXXX

受付日付印

次のような場合に、この申請書を健保組合へ提出してください。

人工腎臓を実施している慢性腎不全等で長期に亘り治療が必要な場合
 (対象傷病名は、当申請書に記載されている傷病名に限ります。)
 当申請書に基づき、『特定疾病療養受療証』を交付致します。

尚、特定疾病療養受療証に関する詳細は、健康保険組合へお問い合わせください。

《記入要領及び記入上の注意事項》… 左記帳票の番号と照合してください。

- ① 健康保険組合(又は事業所)に提出するときその日を記入してください。
 - ② 健康保険証をよく確認の上、記入してください。
 - ③ 被保険者からみた続柄を記入してください。
 - ④ 該当する傷病名に○を付してください。
 - ⑤ 受診されている医療機関の窓口で治療費の自己負担分(10,000円/月を限度)を支払っているかを記入してください。
 - ⑥ 受診されている医療機関で、証明を頂いてください。
- * 記入内容を訂正する場合には、必ず訂正個所に認印を押してください。
- 注 意**
- 当申請書は、所属する健保組合のみで有効です。
 会社を異動された場合で、(保険証の記号・番号が変わる)場合には、申請書の再提出が必要になりますのでご注意ください。

《添付書類》
特になし

《提出期限》

医療機関で、該当疾病の治療を受けられるようになってから、速やかに請求してください。