

健康保険特定疾病 認定申請書

常務理事	事務長	担当者	担当者

申請日 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び 生年月日	健保 太郎 昭和・平成・令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	被保険者等 記号・番号	記号 ××	番号 — ××××
	被保険者住所	〒 ××× - ×××× 東京都江東区 ××-××-×			
	日中の連絡先	電話: ××-××××-×××× Mail: example@●●.jp ※認定証を発行しない場合がありますので、日中の連絡先を必ずご記入ください。			
	対象者氏名 及び 生年月日	健保 花子 昭和・平成・令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	被保険者との 続柄	妻	
	疾病名	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 人工透析治療を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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)			

備考欄	
-----	--

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	東京都江東区 ××××××	
	医療機関の名称	×××総合病院	
	医師の氏名	豊洲 太郎	
	電話番号	××-××××-××××	

◆本申請書は、Eメール(kenpo-shinsei@scsk.jp)にてお送りください。

【注意事項】 マイナ保険証をお持ちの方には、認定証は発行しません。 当組合の事務処理が終了次第、マイナ保険証による受診時に特定疾病の情報が反映されます。 マイナ保険証をお持ちでない方には認定証を発行し、被保険者の住所へ送付します。

1. 特定疾病にかかる保険医療機関窓口での負担が軽減されます。
2. 特定疾病にかかる自己負担限度額 10,000円 ただし、人工透析を要している70歳未満の上位所得者(標準報酬月額53万円以上)の方は、自己負担額は20,000円となります。
3. 発効日について 申請月の初日(健康保険加入月の場合は資格取得日) 特定疾病により治療を受けることになった場合は、速やかに申請書をご提出ください。

健保受付印