健康保険　特定疾病療養受療証交付決定決議書

伺年月日	
決定年月日	
交付年月日	

自己負担額
円

常務理事	事務長	業務課長	係

特定疾病療養受療証の交付について決定します。

標報月額
千円

健康保険　特定疾病療養受療証交付申請書

確認欄	
□	この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。（医師の意見欄は除きます。） ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。

令和　　年　　月　　日 提出

申出者情報

①勤務先				②被保険者証 記号－番号	－		
③被保険者氏名		性別 男・女	④生年月日	昭和 平成　　年　月　日	⑤年齢		歳
⑥認定対象者が被扶養者（家族）の場合 （氏名・性別・生年月日・年齢・続柄）	氏名			性別 男・女	続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　月　日		年齢		歳	
⑦疾病名 （１～３の該当する疾病番号を記入して下さい。）	□	1. 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 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み厚労大臣の定める者に限る）					

連絡先

⑧住所および連絡先 （対象者の連絡先を記入して下さい。）	（〒　　－　　）　　（電話　　）
□自宅 □事業所　（□ 来所）	住所
※希望する送付先に☑を付けて下さい。	氏名

医師の意見欄

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは疾病にかかったことを証明する書類（診断書等）を添付して下さい。

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
- 住　　所
- 名　　称
- 医師氏名

（※）医師の捺印は省略できます。

受付印

○被保険者のマイナンバー記入欄

（②の被保険者証記号-番号を記入した場合は記入不要です。）

（注意）
○この申請書は、特定疾病にかかる自己負担の軽減措置を受けるときに提出して下さい。
○特定疾病にかかる自己負担限度額は1万円です。ただし、人工腎臓を実施している慢性腎不全の方のうち、70歳未満の上位所得者（標準報酬月額53万円以上の方）とその70歳未満の被扶養者は、自己負担限度額が2万円となります。

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

健康保険　特定疾病療養受療証交付決定決議書

伺年月日	
決定年月日	
交付年月日	

自己負担額
円

常務理事	事務長	業務課長	係

特定疾病療養受療証の交付について決定します。

標報月額
千円

健康保険　特定疾病療養受療証交付申請書

確認欄	
☑	この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。（医師の意見欄は除きます。） ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。

令和　４年　５月　７日　提出

申出者情報

①勤務先	○○○協同組合			②被保険者証記号－番号	333 － 0000		
③被保険者氏名	健康　一郎	性別	(男)・女	④生年月日	(昭和)・平成　42年10月31日	⑤年齢	54 歳
⑥認定対象者が被扶養者（家族）の場合（氏名・性別・生年月日・年齢・続柄）	氏名			性別	男・女	続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日		年齢		歳	
⑦疾病名（１～３の該当する疾病番号を記入して下さい。）	1	1. 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 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み厚労大臣の定める者に限る）					

連絡先

⑧住所および連絡先（対象者の連絡先を記入して下さい。） ☑自宅　□事業所　（□ 来所） ※希望する送付先に☑を付けて下さい。	（〒３１０　－　００００　）　（電話　090－0000－0000　） 住所　水戸市宮町１丁目○○番地　○○ハイツ　○○○号室 氏名　健康　一郎

医師の意見欄

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは疾病にかかったことを証明する書類（診断書等）を添付して下さい。

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　４　年　５　月　５　日

医療機関	
住　所	水戸市千波町1丁目○○番地
名　称	医療法人○○会　○○○クリニック
医師氏名	茨城　太郎

（※）医師の捺印は省略できます。

受付印

○被保険者のマイナンバー記入欄

（②の被保険者証記号-番号を記入した場合は記入不要です。）

（注意）
○この申請書は、特定疾病にかかる自己負担の軽減措置を受けるときに提出して下さい。
○特定疾病にかかる自己負担限度額は1万円です。ただし、人工腎臓を実施している慢性腎不全の方のうち、70歳未満の上位所得者（標準報酬月額53万円以上の方）とその70歳未満の被扶養者は、自己負担限度額が2万円となります。

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合