

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

この書類は、長期高額疾病についての負担軽減のために交付を受ける方に提出いただくものです。
厚生労働大臣の指定する特定疾病で、高額な治療を長期間継続して行う必要がある方は、「特定疾病療養受療証」を医療機関の窓口
提出すれば自己負担限度額が月額1万円までになります(但し、慢性腎不全の70歳未満の上位所得者(月額530千円以上)については
月額2万円まで)。

被 保 険 者 情 報	資格情報	記号 - 番号 -	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	氏名			
	住所	〒 -		
	電話番号	電話番号は日中連絡可能な連絡先		
認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名	続柄	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒 - <input type="checkbox"/> 被保険者と相違 (相違時住所記入)		
	疾病名 (選択)	<input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害 <input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス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 師 の 意 見 欄	医療機関の 名称 所在地 医師の氏名	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		

・個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付等の支払に使用される場合があります。

詳しくは <https://www.ty-kenpo-kikin.or.jp/kenpo/policy> をご覧ください。

《提出先》

トヨタ車体健康保険組合