|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| K0304-G    **健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書** | | | 電話 | | | | 電話 | | |
| 事業主（所）  健保責任者 | | 事業主（所）  健保担当者 | | 所属上長 | | 庶 務 係 |
|  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 事業主（所）記載欄  適用事業所記号 | | | |  |  |  | | 常務理事 | 事務長 | | ｸﾞﾙｰﾌﾟ長 | | 主務者 | | 担当者 | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 記 載 欄 | 会社名 |  | | | 被保険者証 | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | | |
| 記 号 | | | 番 号 | | | | | | |  | | |
| 所属 |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 Ｓ・Ｈ　　　年　　月　　日 | | |
| 療養対象者 | | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 被保険者  との続柄 |  |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | Ｓ ・ Ｈ　・ R　　　　年 　　　　月 　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 〔備 考〕 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 令和　 　年　 　月　 　日  　　　　　　　　　　　　　〒  住　　　所  　　　　　　　　　　　　　　被保険者　氏　　　名  電話番号  東芝健康保険組合御中 | | | | | | | | | | | | | | | | |

**（注意事項） １．新規に東芝健保に申請される方は、医師の意見書欄に証明を受けてください。申請書は、事業所管理部 健保担当経由でご提出ください。**

**※特例退職・任意継続の方は、健保に直接郵送ください。会社名欄には「特例退職」・「任意継続」とご記入ください。(事業主(所)記載欄は記入不要)**

**２．在職中、受療証を受けた方で、特例退職・任意継続に加入した場合は、旧証を添付の上、新保険者証の記号番号での切替え申請をしてください。(医師の証明は不要)**

**３．受療証の有効開始日は、本申請書を東芝健保が受け付けた月の一日になります。原則、受付月の前月以前に遡っての適用はできませんので、ご承知おきください。**

**４．受療証は、事業主健保担当経由で送付します。 ※特例退職・任意継続の方は、自宅に郵送します。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医  師  の  意  見  書 | 特定疾病名  （該当病名に○印を　つけてください） | １．先天性血液凝固第Ⅷ因子障害若しくは第Ⅸ因子障害  ２．人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全  ３．血液凝固因子製剤の投与に起因するＨＩＶ感染症  （厚生労働大臣の定める者に係るものに限る） |
| 上記のとおり、Ｈ　・　R 　年　 　月　 　日から治療していることに相違ありません。  令和　 　年　 　月　 　日  　　　　　　〒  所　在　地  　　　　医療機関の 名　 　　称  担当医師名  電話番号 | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合記載欄 | 標準報酬月額 | 月額の適用(異動)年月 | 自己負担限度額 | 発効期日 | 交付日 |
| 千円 | H・R　　　年　　　月 | 1. １０，０００円 2. ２０，０００円 | 令和　　　年　　月　　日 | 令和　　年　　月　　日 |

※本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。