

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

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

事業主(所)記載欄 適用事業所記号		常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者

健保担当の方が
記入願います

申請者 記載欄	会社名	東芝〇〇(株)		被保険者証							被保険者氏名			
	所属	〇〇部〇〇課	記号	1	0	0	1	2	3	4	5	6	7	東芝 太郎
			番号											
	療養対象者		フリガナ	トウシバ ハナコ							被保険者 との続柄		妻	
氏名		東芝 花子												
生年月日		S・H・R XX年XX月XX日												
[備考]														
上記のとおり申請します。 令和 XX年XX月XX日 〒 999 - 9999 住所 神奈川県川崎市〇〇区△△町×××番地 被保険者氏名 東芝 太郎 電話番号 ×××-×××-××××														
東芝健康保険組合御中														

医師に証明してもらう

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)	<ol style="list-style-type: none"> 先天性血液凝固第Ⅷ因子障害若しくは第Ⅸ因子障害 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 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 XX年XX月XX日から治療していることに相違ありません。 令和 XX年XX月XX日 〒 999 - 9999 所在地 神奈川県横浜市〇〇区△△町×××番地 医療機関の名称 △△病院 担当医師名 健保 一郎 電話番号 ×××-×××-××××	

組合 記載欄	標準報酬月額	月額適用(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。

- (注意事項)
- 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。
 - ※特別退職・任意継続の方は、健保に直接郵送ください。会社名欄には「特別退職・任意継続」とご記入ください。(事業主所記載欄は記入不要)
 - 在職中、受療証を受けた方で、特別退職・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)
 - 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。
 - 受療証は、事業主健保担当経由で送付します。※特別退職・任意継続の方は、自宅に郵送します。