K-101 P (P　　)

日立健康保険組合　御中

健康保険 特定疾病療養受療申請書

※太枠線内をご記入ください。（記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください）

被保険者欄	提出日	令和　年　月　日	備考	
	被保険者等記号・番号	記号　番号	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
	事業所(会社)名称	※任意継続および特例退職の方は記入不要です	所属・電話	(TEL：　)
	被保険者住所 (TEL)	〒　－ (TEL：　－　－　) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください		

受療対象者欄	対象者氏名(療養を受ける人)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	被保険者との続柄		生年月日	昭和 平成 令和		年		月		日
	傷病名(いずれかに✔)	☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ☐ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 ☐ 抗ｳｨﾙｽ剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)										
	窓口負担の有無(いずれかに✔)	病院窓口負担(10,000円/月または20,000円/月)の全部または一部について、国や地方自治体等の助成を受けていますか？				☐ はい　☐ いいえ						
	受療証の送付先 ※被保険者住所と同じ場合は記入不要です	〒　－										
		受取人氏名		被保険者との続柄		受取人連絡先	TEL：					

※受療証は、「簡易書留」にて送付いたします。

医師の意見欄	上記の通り、診療を受けていることに相違ありません 令和　年　月　日 医療機関名 所在地 医師名 電話番号

インプット	証発行

受付日付印

交付年月日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	主任	担当
認定年月日	令和　年　月　日				
自己負担限度額区分	1万円　・　2万円	資格取得日	年　月　日		
		扶養認定日	年　月　日		