

交付年月日	年 月 日
発行年月日	年 月 日
標準報酬月額	() 千円
自己負担 限度額区分	1万円 ・ 2万円

常務理事	事務長	課長	担当

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

カシオ健康保険組合御中

		提出日	(和暦) 年 月 日	
被 保 険 者 欄	被保険者証 記号・番号	—		事業所名 所属名
	氏名			連絡先 TEL: Email:
	住所	〒		
交 付 対 象 者 欄	氏名		続柄	生年月日 (和暦) 年 月 日
	疾病名	1.人工腎臓を実施している慢性腎不全 2.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 3.抗ウイ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	病院窓口負担の全部または一部負担について、国や地方自治 体等の助成を受けていますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> これから申請予定
	受療証の 送付先	1. 事業所勤務先(社内便) 2. 上記自宅住所 3. その他住所 (〒)		

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
	(和暦) 年 月 日
	所在地
	医療機関名
	電 話
	医 師 名

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	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る。
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか 確認を求め申請者が内容について確認した場合

受付日付印

記入した内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入ください。
二重線の近くに被保険者本人の押印が必要です。
医師の意見欄の場合は医師に訂正していただき、医師の訂正印が必要となります。

