三菱電機健康保険組合　行

# 特定疾病療養受療証
# 交 付 申 請 書

申請日　令和　　年　　月　　日

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者記入欄 | 被保険者証<br>記号・番号 | 記　号 | | | | 番　号 | | | | | | | | |
| | 被保険者<br>氏　　名 | | | | | | 生年月日 | S ・ H　　年　　月　　日 | | | | | | |
| | 住　　所 | | | | | | | | | | | | | |
| | 所　　属<br>任継・特退者の方は<br>記入不要 | 事業所(会社)名<br>社内TEL | | | | | | | | | | | | |
| | 認定対象者の氏名 | | | | | 生年月日 | S･H･R　　年　　月　　日 | | | | 続柄 | | | |
| | 疾　病　名 | 1.　血友病<br>2.　人工透析治療をおこなう必要のある慢性腎不全<br>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) | | | | | | | | | | | | |
| | 市区町村の<br>医療費助成<br>について<br>お答えください<br>(該当するものに<br>○を記入) | 1. 市区町村の医療費助成は、受給していない<br>2. ＿＿＿年＿＿月＿＿日 より、(　　) 市区町村の医療費助成制度(障害者等)を受給している<br>※医療費助成受給者証が発行されている場合は、コピーを添付してください。 | | | | | | | | | | | | |
| | 備　考 | | | | | | | | | | | | | |
| 医師記入欄 | 疾　病　名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記疾病の<br>症状と経過 | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記のとおり ＿＿＿年＿＿月＿＿日 より 療養を受けていることに相違ありません。<br>令和　　年　　月　　日<br>医療機関　名称<br>所在地<br>医師名 | | | | | | | | | | | | | |
| 健保記入欄 | 発効年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | 常務理事 | | | | 担当者 | | | | |
| | 自己負担限度額 | 1万円 | | | | | | | | | | | | |
| | | 2万円 | | | | | | | | | | | | |
| | 備　考 | | | | | | | | | | | | | |

※本様式に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合により公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所担当者
受付印