

健 保 記 入 欄	交付日	令和 年 月 日	発効日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係
	標準報酬月額	千円		所得区分			

※印刷してご利用願います。

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 欄	①	被保険者証の 記号		番号								
	②	被保険者 の氏名	フリガナ			③	被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	④	被保険者の 住所	〒								都 道 府 県	市 区 郡
			電話		-	-						
	⑤	④の住所と は別のところ に送付を希 望する場合 の送付先	〒								都 道 府 県	市 区 郡
		宛 名		電話		-	-					

認 定 対 象 者 欄	⑥	療養を受けている方(今回 認定を受けようとする方)	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) ⇒ ⑫の疾病名欄のみご記入ください。 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) ⇒ ⑦～⑫の欄をご記入ください。									
	⑦	療 養 を 受 け て い る 方 の 氏 名	フリガナ			⑧	被 保 険 者 と の 続 柄					
	⑨	療養を受けている方の 生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑩	性 別	男 ・ 女			
	⑪	療 養 を 受 け て い る 方 の 住 所	〒								都 道 府 県	市 区 郡
			電 話		-	-						
⑫	疾 病 名 (該当する数字に○印 をつけてください。)	1. 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 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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。)										

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付してください。

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。
	令和 年 月 日
	医療機関の所在地 医療機関の名称 医師名
	電話 - -

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

受付印

令和 年 月 日

※添付書類、支給要件等については、裏面をご参照願います。

◆添付書類

申請書に医師の証明を受けるか、特定疾病に関する意見書その他疾病にかかったことを証明する書類(診断書など)を添付してください。

◆支給要件等

1. 特定疾病にかかる保険医療機関窓口での負担の軽減

長期にわたって高額な医療費が必要となる特定疾病については、事前に「特定疾病療養受領証交付申請書」を申請し、保険者の認定を受けることにより交付される「特定疾病療養受領証」と保険証を併せて医療機関等の窓口に提示することで、窓口での負担は自己負担限度額までとなります。

2. 特定疾病にかかる自己負担限度額 10,000円

ただし、人工腎臓を実施している慢性腎不全のうち、70歳未満の上位所得者(標準報酬月額53万円以上)とその70歳未満の被扶養者は、自己負担限度額が20,000円となります。

<対象の特定疾病>

1. 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
2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全
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。)

◆留意事項

特定疾病の高額療養費の特例は、保険者の認定を受けていることにより該当し、発効日から有効となります。
発効日は、申請月の初日(健康保険加入月に申請した場合は、資格取得日)となります。