

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

| | | | | | |
|------|--------|------|------|------|---|
| 常務理事 | 事務長 | 業務部長 | 業務課長 | 業務係長 | 係 |
| | | | | | |
| 年月 | 年 月 | 標準報酬 | | 区分 | |
| 交付 | 郵送・手渡し | 備考 | | | |

(健保組合使用欄)

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | |
|--------|-------|--------|----|------------|-------|--------------------------|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者証 | 記号 | 番号 | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名・印 | (フリガナ) | | | 印 | ← 自署の場合は押印を省略できます。 | | |
| | 住所 | 〒 | — | 都・道 府・県 | | 電話番号 (日中の連絡先) | () | |
| | 事業所名称 | | | | 提出委任 | <input type="checkbox"/> | 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓) | |

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

| | | | | | | | | |
|-------|----------------------------|--------------------------|---|------|-------|---|---|---|
| 認定対象者 | 療養を受ける方 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 |
| | 疾病名 該当する番号を ご記入ください。 | <input type="checkbox"/> | 1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又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。) | | | | | |

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに特定疾病療養受療証の送付を希望する場合にご記入ください。

| | | | | | | | | |
|-------|-----|---|---|------------|------------------|-----|--|--|
| 希望送付先 | 住所 | 〒 | — | 都・道 府・県 | 電話番号 (日中の連絡先) | () | | |
| | あて名 | | | | 被保険者 との関係 | | | |

注: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能をご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

○ 下欄に医師の証明を受けるか、診断書等の疾病にかかっていることを証明する書類を添付してください。

| | | | | | | | |
|-------|---------------------------|---|-----|-----|---|---|---|
| 医師証明欄 | 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 |
| | 所在地 | | | | | | |
| | 医療機関名 | | | | | | |
| | 医師氏名 | 印 | TEL | () | | | |

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要となります。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

特定疾病療養受療証交付申請書 記入例

東京都二ツト 健康保険組合 | 業務部 03-3626-1400

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

| 常務理事 | 事務長 | 業務部長 | 業務課長 | 業務係長 | 係 |
|------|--------|------|------|------|---|
| | | | | | |
| 年月 | 年 | 月 | 標準報酬 | 区分 | |
| 交付 | 郵送・手渡し | 備考 | | | |

(健保組合使用欄)

1 申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|-----------------------|-------|--|----------------|------------------------|---|
| 被 保 者 情 報 | 被保険者証 | 記号 1234 | 番号 9876 | 生年月日 | ☎平・令 ××年 ×月 ×日 |
| | 氏名・印 | (フリガナ) ホケン タロウ 印 ー 自署の場合は押印を省略できます。 | | | |
| | 住所 | 〒 110 - 0000 東京 都・道 府・県 〇〇区〇〇〇 X - X - X | | | |
| | 事業所名称 | (株)〇〇〇〇 | 電話番号 (日中の連絡先) | 090 (XXXX) XXXX | 提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。(事業主経由(依頼)する場合は✓) |
| | | | | | |

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

| | | | | | |
|------------------|----------------------------|--|-------------|------|----------------|
| 定 対 象 者 | 療養を受ける方 | 氏名 保険 花子 | 続柄 妻 | 生年月日 | ☎平・令 ××年 ×月 ×日 |
| | 疾病名 該当する番号を ご記入ください。 | 2 1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅳ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅳ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。) | | | |

7 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに特定疾病療養受療証の送付を希望する場合にご記入ください。

| | | | | |
|-----------------------|-----|-------------|---------------|-----|
| 希 望 送 付 先 | 住所 | 〒 ー 都・道 府・県 | 電話番号 (日中の連絡先) | () |
| | あて名 | 被保険者との関係 | | |

注: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

○ 下欄に医師の証明を受けるか、診断書等の疾病にかかっていることを証明する書類を添付してください。

| | | |
|------------------|---------------------------|------------------|
| 医 師 証 明 | 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 |
| | 所在地 | |
| | 医療機関名 | |
| | 医師氏名 | 印 TEL () |

9 マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄 **印**

受付日付印

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 1 申請書を提出する日付をご記入ください。
- 2 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 3 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
- 4 被保険者(申請者)本人の自署の場合は、押印を省略できます。
- 5 療養を受ける方(特定疾病療養受療証を使用される方)の氏名などをご記入ください。
- 6 該当する1~3の番号をご記入ください。
- 7 希望送付先が入院している医療機関等の場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認ください。その際には、医療機関名・病棟・病室番号等を必ずご記入ください。
- 8 この欄に医師の証明を受けるか、特定疾病に関する意見書もしくは特定疾病にかかったことを証明する書類(診断書等)を添付してください。
- 9 2の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

特定疾病にかかる自己負担限度額

特定疾病にかかる自己負担限度額は1万円です。
ただし、人工腎臓を実施している慢性腎不全の方のうち、70歳未満の上位所得者(標準報酬月額53万円以上の方)とその70歳未満の被扶養者は、自己負担限度額が2万円となります。

発行期日

特定疾病の特例は、保険者の認定を受けることにより該当し、発効期日から有効となります。
※ 発効期日は申請月の1日(健康保険加入月の場合は資格取得日)となります。

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に✓を付けてください。