

記入例

届書コード		健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書	
6 2 1 0			
被 保 険 者 欄	1	被保険者証(健康保険被保険者手帳)の記号および番号 3 0 1 0 2 0 3 - 1 2 3	
	2	被保険者の氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	
	3	被保険者の生年月日 昭和・平成 5 0 年 0 3 月 0 5 日	
	4	被保険者の住所 〒105-0000 東京都港区〇〇 1-1 △△マンション112 電話 03 (XXXX) XXXX	
	5	「4」の住所とは別のところに送付を希望する場合は、その送付先住所宛名 〒102-0000 東京都千代田区△△ 1-1 (株)協会商事 〇〇 〇〇	
「6」の該当する□にチェック(☑)をつけて、以下必要な項目を記入してください。			
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)は被保険者本人ですか、被扶養者家族ですか。 <input type="checkbox"/> 被保険者本人 → 下記「12」の「疾病名」欄のみを記入してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者家族 → 下記「7」～「12」欄を記入してください。	
	7	療養を受けている方の氏名 (フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	8 被保険者との続柄 妻
	9	療養を受けている方の生年月日 昭和・平成 5 1 年 1 0 月 2 2 日	10 性別 男・女
	11	療養を受けている方の住所 〒105-0000 東京都港区〇〇 1-1 △△マンション112	
12	疾病名 (1から3の疾病名に該当する数字に○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	13	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 平成 24 年 7 月 6 日 医療機関の所在地 東京都品川区△△ 1-1 医療機関の名称 品川〇〇総合病院 医師の氏名 保険 五郎 電話 03 (△△△△) △△△△	
	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。 平成 24 年 7 月 7 日		
		14	社会保険労務士の提出代行者名記載欄 〇

① 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

② 被保険者本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

③ 被保険者の住所とは別のところに送付を希望する場合に、その送付先を記入してください。なお、記入の不備等により書類をお返しする場合もこの送付先にお送りしますので、十分注意してください。

④ 被保険者本人の療養による申請の場合は、被保険者本人に☑をつけて、「12」欄の「疾病名」欄のみを記入してください。被扶養者家族の療養による申請の場合は、被扶養者家族に☑をつけて、「7」～「12」欄を記入してください。

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

■ 特定疾病にかかる保険医療機関等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「特定疾病療養受療証交付申請書」を申請することにより、保険者の認定を受けると交付される「特定疾病療養受療証」と被保険者証を併せて保険医療機関等窓口へ提示することで、窓口での負担は自己負担限度額までとなります。

■ 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5万円以上の方)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。

<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、申請月の初日(健康保険加入月に申請された場合は、資格取得日)となります。