

記入例

特定疾病療養受療証交付申請書

全国健康保険協会 船員保険部
船員保険

船員保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

①	被保険者証の記号および番号(左つめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 1 2 3
②	被保険者の氏名・印(申請者)	(フリガナ) センボ、タロウ 船保 太郎 印 自署の場合は押印を省略できます。
③	生年月日	昭和 3 年 0 月 1 日 平成
④	住所	郵便番号 1 0 2 - 8 0 1 6 電話番号(日中の連絡先) 03 (××××) 〇〇〇〇 東京 (都) 千代田区富士見 2-7-2
⑤	送付先 <small>※④の住所とは別のところに送付を希望する場合はご記入ください。</small>	住所 郵便番号 1 0 5 - 0 0 0 0 電話番号(日中の連絡先) 03 (□□□□) □□□□ 東京 (都) 千代田区△△ 1-1 宛名 株式会社 協会商事 ○○ ○○

⑥	療養を受ける方 <small>※被保険者の場合は記入不要です。</small>	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	
⑦	疾病名 <small>1から3の疾病に該当する数字に○印を付けてください。</small>	① 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅶ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。

⑧ 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 4 月 28 日

医療機関の所在地 東京都品川区 △△ 1-1
 医療機関の名称 品川〇〇病院 印
 医師の氏名 保険五郎
 電話番号 03 (××××) 〇〇〇〇

被保険者証の記号番号を記入した場合は 記入不要です。記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄 R2.4

社会保険労務士の提出代行者名記入欄 印

ご提出先 〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

1 記号・番号は、被保険者証に記載されています。

船員保険 本人(被保険者)
被保険者証 記号 1234567890 番号 123

氏名 船保 太郎

保険者番号 02130011
 保険者名簿 全国健康保険協会船員保険部
 保険者所在地 千代田区富士見 2-7-2

印

2 船員である被保険者の氏名等をご記入ください。(疾病任意継続の場合は船員であった方の氏名をご記入ください。)

3 入院等により、ご自宅で受療証をお受け取りができない場合などに、ご記入ください。
不備等により、書類をお返す場合もこの送付先へお送りします。

4 療養を受ける方が被保険者の場合は、⑦欄をご記入ください。
被扶養者の場合は、⑥～⑦欄をご記入ください。

5 担当医師より証明を受けてください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所には訂正印(申請者の印)を押印ください。

6 ①の記号番号を記入した場合は、記入不要です。
被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。^{*1} 貼付台紙^{*2} に㊦㊧どちらも貼付し、申請書に添付してください。

- ㊦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点)
 - 被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ㊧ 番号確認を行うための書類(いずれか1点)
 - 被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

^{*1} 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。
^{*2} ホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合は船員保険部までご連絡ください。)

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見 2-7-2 ステージビルディング 14 階
全国健康保険協会 船員保険部



申請書は1ページです。
漏れなく正確にご記入ください。

添付書類について

〈申請書の医師の意見欄に証明を受けられない場合〉
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。

全国健康保険協会 船員保険部
船員保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 **特**

被保険者(申請者)記入用

1 被保険者(申請者)の
氏名(姓・名) 姓 名

2 船員保険者の氏名(申請者)
氏名(姓・名) 姓 名

3 生年月日 年 月 日

4 住所 郵便番号 () 市区町村 丁目 番 号 号

5 連絡先 郵便番号 () 市区町村 丁目 番 号 号

6 療養を受ける方
の住所(申請者とは別) 氏名 生年月日 年 月 日

7 特定疾病
① 診断書(医師の診断書)
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。)

医師の意見欄
上記のとおり診療を受けていることと相違ありません。 年 月 日
医師の氏名 電話番号 ()

申請書に添付する書類(診断書等)の記入は 記入不要 です。 医師の意見欄に記入してください。 発行日 年 月 日

船員保険部 船員保険課 船員保険課 船員保険課

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。

対象特定疾病

- 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)

注意事項

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（船員保険加入月の場合は資格取得日）となります。