



記入例

特定疾病療養受療証交付申請書



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

被保険者(申請者)欄	①	記号・番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3									
	②	個人番号 (マイナンバー)	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] <small>記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)</small>									
	③	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎									
	④	生年月日	[平成] []									
	⑤	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] [道] [府] [県] 千代田区富士見2-7-2									
	⑥	送付先 <small>※⑤の住所とは別のところに送付を希望する場合にご記入ください。</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 (□□□□) 〇〇〇〇 東京 [都] [道] [府] [県] 千代田区△△1-1 宛名 株式会社 協商会事 〇〇 〇〇									

認定対象者欄	⑦	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	[平成] []
	⑧	疾病名 (1から3の疾病に該当する数字に〇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。

⑨ 医師の意見欄	⑤	●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 〇 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	品川〇〇総合病院	
		医師の氏名	保険 五郎	電話番号 ()

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1

受付日付印

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

6

①の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。
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。貼付台紙に⑦⑧⑨どちらも貼付し、申請書に添付してください。

⑦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

⑧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(記載情報と現況に相違のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票が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 船員保険部の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ご連絡ください。)

1

資格情報のお知らせ・資格確認書、等に記載されている記号番号をご記入ください。マイナンバーをご記入された場合は本人確認書類が必要です。詳細は⑥をご確認ください。

2

船員である被保険者の氏名をご記入ください。
(疾病任意継続被保険者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、この送付先にお送りします。

4

療養を受ける方が、被保険者の場合は、⑧欄をご記入ください。
被扶養者の場合は⑦～⑧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、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

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

R8.1



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 記号・番号 (記号)													
② 記号・番号 (マイナンバー)													
③ 被保険者の氏名 (申請者)	フリガナ												
④ 生年月日	年	月	日	性別	男	女	⑤ 郵便番号					⑥ 電話番号	()
⑦ 住所	〒												
⑧ 送付先 市区町村役所 福祉課に 送付する 申請書	郵便番号					⑨ 電話番号	()						
⑩ 療養を受ける方 は船員保険の被保険者 記入欄です。	氏名					生年月日	年	月	日	⑪ 性別	男	女	
⑫ 疾病名 (1) 特定の疾病に罹患する 要請に該当するかどうか	<input type="checkbox"/> ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ <input type="checkbox"/> ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ <input type="checkbox"/> ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿												
※療養を受ける方(申請者)は、⑬～⑲の疾病に罹患していることが必要です。 ※⑬～⑲の疾病に罹患していることが必要です。													
●上記のとおり診療を受けていることに同意します。													
医師の氏名 医師の住所 医師の電話番号													
社会保険労務士(提出代行署名記入欄)													
提出先 〒102-8076 東京都千代田区東三見2-2-2 スタービルディング14階 全国健康保険協会 船員保険部													

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。