



※マイナ保険証をご利用いただくことで、自己負担限度額までの支払いとなるため、限度額適用認定申請書の提出は不要となります。
(被保険者の市区町村民税が非課税の方の「限度額適用・標準負担額減額認定証」及び「特定疾病療養受療証」は申請が必要ですが、マイナ保険証を利用することで自己負担額までの支払いとなるため、医療機関等の窓口への提出は不要となります。)

🔍 申請チェックフロー



☑️✎ニ チェックリスト

被保険者および被扶養者が医療機関等での窓口支払額を軽減したいとき

3 特定疾病療養受療証交付申請書

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 (特)

特定疾病にかかっている自己負担の軽減を受けるときに使用ください。なお、記入方法および交付期限等については「記入の手引き」をご覧ください。

記号・番号 217000231 2 01 05 10

氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号 (ハイフン付) 1050000 電話番号 (固定回線) 090XXXXXXX

住所 東京 港区〇〇1-1△△マンション101

氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

生年月日 2 01 05 10

疾病名 2

郵便番号 (ハイフン付) 1600000 電話番号 (固定回線) 03XXXXXXX

住所 東京 新宿区〇〇1-1

氏名 株式会社〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

下段に療養の経緯を記入し、療養にかかったにも関わらず療養費の返付を受けてください。

療養開始の所在地 東京都品川区△△1-1

療養開始の医療機関 〇〇総合病院

療養開始の医師 保険 五郎

療養開始 03-XXXX-XXXX

社会保険労務士の
提出代行番号を記入欄

以下は、協会使用のため、記入しないでください。

申請時期 () 医師の証明 ()

23011301

全国健康保険協会 協会けんぽ

(1/1)

資格情報のお知らせ等に
記載されている記号と番
号をご記入ください。
※校番は記入不要です。
※記号・番号が不明な場
合はP.31参照。



認定対象者が家族(被扶
養者)の場合でも被保険
者の氏名等をご記入くだ
さい。

療養する方の氏名(カタカ
ナ)、生年月日、疾病名を
ご記入ください。

入院等、自宅で受療証の
受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し
する場合もこの送付先に
送付します。

医師の意見を受けてくだ
さい。

記号・番号を記入した場合
は記入不要です。

チェックリスト

●申請時期

特定疾病の療養のため、高額な医療費がかかるとき

□医師の証明

(申請書の証明欄に証明を受けられない場合のみ) 特定疾病に関する意見書または特定疾病にかかったことを証明する書類(診断書等)

●添付書類チェックリスト