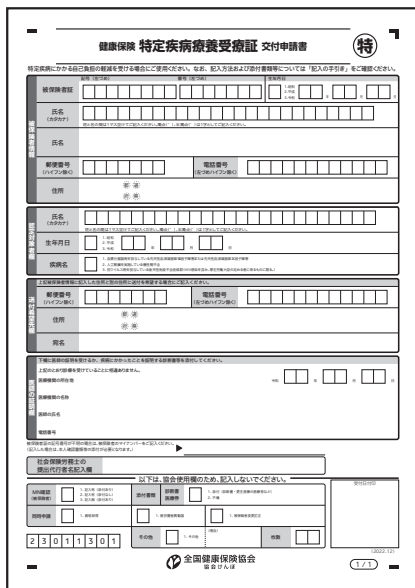


健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 記入の手引き

特定疾病にかかる自己負担の軽減を受ける場合にご使用ください。

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(※)をご用意ください。

- 申請書の医師の証明欄に証明を受けられない場合
- ・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）

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、発効日から有効となります。
☑発効日は申請月の初日（健康保険加入月の場合は資格取得日）となります。

※)協会けんぽの処分決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

被保険者証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受け付けます)
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 01|23|45|67|89|アイウ
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスで0で埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

1 被保険者証に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。



2 被保険者の氏名をご記入ください。機械(OCR)処理をしますので、必ず氏名(カタカナ)もご記入ください。

3 療養する方の氏名(カタカナ)、生年月日をご記入ください。

4 自宅での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送付します。

5 医師の証明欄記入の際には、日付も忘れずにご記入ください。

6 被保険者のマイナンバーは、被保険者証の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。
なお、被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です(※1)。本人確認書類貼付台紙(※2)に、
⑦ ①の両方を貼付のうえ、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
① 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、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) 協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

特

特定疾病にかかる自己負担の軽減を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

1	被保険者証 記号(左づめ) 21700023 番号(右づめ) 21	生年月日 1.昭和 61 年 01 月 22 日 2.平成 3.令和
2	氏名(カタカナ) 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 協会 太郎	
	郵便番号(ハイフン除く) 1050000	電話番号(左づめハイフン除く) 090XXXXXX
	住所 東京 港区 1-1 △△マンション101	
3	氏名(カタカナ) 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 キョウカイ タロウ	
	生年月日 1.昭和 61 年 01 月 22 日 2.平成 3.令和	
	疾病名 2.人工腎臓を移植している慢性腎臓病 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限る。)	
4	上記被保険者証を記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。 郵便番号(ハイフン除く) 1020000 電話番号(左づめハイフン除く) 03XXXXXX	
	住所 東京 新宿区 1-1	
	宛名 株式会社 ○○○○○○○○ 総務部 ○○△△	
5	下欄に医師の証明を受けるか、疾病にかかったことを証明する診断書を添付してください。 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 医療機関の所在地 東京都品川区 △△ 1-1 令和 05 年 01 月 05 日 医療機関の名称 〇〇総合病院 医師の氏名 保険 五郎 電話番号 03-XXXX-XXXX	
6	被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります)。	
	社会保険労務士の提出代行者名記入欄	
	以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。	
	MN確認(被保険者) <input type="checkbox"/> 1.記入有(添付あり) 2.記入有(添付なし) 3.記入無(添付あり)	添付書類 診断書 <input type="checkbox"/> 1.添付(診断書・更生医療の医療券など) 医療券 <input type="checkbox"/> 2.不備
	同時申請 <input type="checkbox"/> 1.資格取得	協会使用欄は記入不要です。
	その他 <input type="checkbox"/> 1.その他(理由)	枚数
	23011301	

受付日付印
(2022.12)