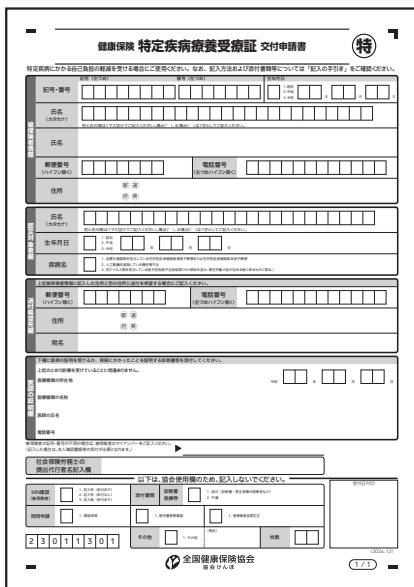


健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 記入の手引き

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
（H I V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。

マイナ保険証をご利用ください

マイナンバーカードを健康保険証として利用登録することで、マイナ保険証として医療機関等を受診できます。なお、本申請により、協会けんぽから特定疾病療養受療証の交付を受けることにより、特定疾病療養受療証の医療機関等窓口への提出は不要となり、認定を受けた疾病による保険診療の窓口負担額が一定の自己負担限度額までとなります。

ぜひ、マイナ保険証をご利用ください。
※オンライン資格確認を導入していない医療機関等で受診される場合や、協会けんぽにマイナンバーの登録が行われていない場合は、特定疾病療養受療証を医療機関等の窓口へ提出いただく必要があります。

ご提出・お問い合わせ先

申請書のご記入後は、協会けんぽ都道府県支部に郵便でご提出ください。
※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。

次ページに記入例があります。➡

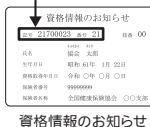


協会けんぽ

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 0123456789アイウ
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスを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(黒)で抹消して、正しい内容をご記入ください。

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。
※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しする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、**①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
- 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、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	記号・番号	2170002321	生年月日	1	61	01	22	
	氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ						
2	氏名	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)	090XXXXXXX			
3	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						
4	生年月日	1 61 01 22						
	疾病名	2						
5	上記被保険者	1020000						
	電話番号 (左づめハイフン除く)	03XXXXXXX						
6	住所	東京 新宿区〇〇 1-1						
	宛名	株式会社〇〇〇〇〇〇〇 総務部 〇〇△△						
7	医師の証明欄	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等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 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						
	社会保険労務士の提出代行名記入欄							
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)		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 医療券		
同時申請		1. 資格取得		協会使用欄は記入不要です。				
23011301		その他		1. その他 (理由)		枚数		

(2024.12)