

記入例

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

被保険者(申請者)記入用

1

記号・番号は
保険証に
記載されています。

被保険者情報	記号	1	番号	1234	生年月日	和暦(昭和)	60年5月5日
	被保険者証の (右づめ)						
	氏名・印	ケンポ タロウ 健保 太郎			印	自署の場合は押印を省略できます	
	住所	(〒123 - 4567) 東京 〇〇市△△町 1-2-3					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 000 (123) 4567						

2

健保の窓口や自宅
での受け取りができ
ない場合などにご
記入ください。

認定対象者情報	療養を受ける方	氏名	健保 花子	生年 月日	和暦(昭和)	61年10月1日
	疾病名 (該当する疾病の番号を○を 記入してください)	1. 血漿分離製剤を投与している先天性血液凝固因子障害又は先天性血液凝固因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗がん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。)				

送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。						
	住所	(〒888 - 1111) 東京 〇〇区〇〇4-5-6					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (0000) 0000					
	宛名	〇〇株式会社 総務課 担当△△□□ 宛					

医師の意見欄	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	医療機関で 担当医の証明を受けて下さい。					
	医療機関の名称						
	医師の氏名						
電話							

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。 記入日 和暦(令和) 2年6月10日

(令2.6改)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 記入の手引き

■対象特定疾病

特定疾病療養受療証の交付対象者は、下記の特定疾病に該当されている方に限ります。

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。)

申請書は1枚です。
漏れなく正確にご記入ください。

申請書の医師の意見欄に証明を受けられない場合は、特定疾病に関する医師の意見書、もしくは特定疾病にかかったことを証明する書類(診断書など)を添付してください。

■特定疾病療養受療証の発行日は、申請書を受付した月の初日からとなります。前月以前に遡っての適用はできませんのでご了承ください。

■特定疾病にかかる自己負担限度額

特定疾病にかかる1ヶ月の自己負担限度額は医療機関ごと(ただし「入院」「外来・調剤」別)に1万円です。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)とその被扶養者は、自己負担限度額が2万円となります。

■ご提出・お問い合わせ先

日本電子健康保険組合まで社内便または郵送でご送付ください。(窓口でも受け付けます)

※申請書原本の提出が必要となります。

日本電子健康保険組合
〒196-8558
東京都昭島市武蔵野3-1-2
TEL: 042-544-1212 fax: 042-544-1724