

特定疾病の治療を受けるとき

| | |
|------|--|
| 対象疾病 | 人工透析治療を必要とする慢性腎不全・血友病・抗ウイルス剤の投与のある後天性免疫不全症候群 |
| 提出書類 | 「特定疾病療養受療証交付申請書」(下の記入例参照) |
| 添付書類 | なし |
| 提出期限 | すみやかに |
| | ★受療証は、健保組合にあなたから提出された申請書が届いた日の属する月の1日から有効となります。例えば、あなたから健保組合あて3月28日に申請書が届いた場合、受療証の発行期日および認定日は3月1日からとなります。 |
| 手続方法 | 申請書の「医師の意見欄」に証明をもらい、必要事項を記入のうえ、健保組合に提出してください。 ★受療証の再交付を申請する場合は、被保険者等の再交付申請書をご利用ください。備考欄に「特定疾病療養受療証」と記入してください。 |

上記対象疾病において認定を受けると1カ月の自己負担限度額は1医療機関につき(外来・入院それぞれ)1万円です。
ただし、人工透析を要する上位所得者(標準報酬月額が53万円以上)の場合は2万円。

| 健康保険特定疾病療養受療証 | | | |
|----------------|---|-------------------------|-------------|
| 6年11月20日交付 | | | |
| 認定疾病 | | 人工透析治療を必要とする慢性腎不全 | |
| 受診者 | 氏名 及び 生年月日 | 健保組子 Ⓜ・平・令 42年 3月 3日 | |
| | 住所 | 東京都千代田区神田1-1-1 | |
| 被保険者 | 記号 | 1 | 番号 12345 |
| | 氏名 及び 生年月日 | 健保一郎 Ⓜ・平・令 38年 5月 5日 | |
| 自己負担限度額 | | 2万円 | |
| 発行期日 | | 6年 11月 1日 から有効 | |
| 健康保険組合名 及び印 | 06136162 東京都千代田区岩本町3-9-3 中栄ビル 03-5829-3736 セコム健康保険組合 印 | | |

| | |
|----|-----|
| 受付 | 年月日 |
| 決定 | 年月日 |

| | | | | |
|------|-----|----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 主任 | 担当者 |
| 健 | 保 | 使 | 用 | 欄 |

記入例

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

<確認欄>この申請書について、下記①又は②の要件を確認して✓を入れてください。

①申請者本人（被保険者）が作成したものである。

②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

| | | | | | | |
|------------|-------------------|---------------------|-----------------|--------------------|--------------|---|
| 被保険者が記入する欄 | 被保険者氏名 | 健保 太郎 | 被保険者等の 記号・番号 | 1 - 12345 | 被保険者 との続柄 | 妻 |
| | 認定対象者の 氏名 | 健保 組子 | 認定対象者の 生年月日 | 昭・平・令 42年 3月 3日 | | |
| | 認定対象者の 住所・電話番号 | 東京都千代田区神田 1 - 1 - 1 | | TEL 03 (9876) 5432 | | |
| | 疾病名 | 人工透析を必要とする慢性腎不全 | | | | |

| | | | | | | |
|--------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|
| 医師の意見欄 | うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。 | | | | | |
| | 2024年 11月 15日 | | | | | |
| | 名称 ○○総合病院 | | | | | |
| | 医療機関の 所在地 東京都千代田区外神田 1 - 2 - 3 | | | | | |
| | 医師名 健康 太郎 TEL 03 (1234) 5678 | | | | | |

上記のとおり申請します。

2024年 11月 17日

住所 東京都千代田区神田 1 - 1 - 1
被保険者
氏名 健保 一郎

健康保険組合理事長 殿