

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。

※日清食品グループ健康保険組合の処分決定後は、ご提出いただいた書類のご返却はできません。

次ページに記入例があります。➡

- ・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
記号・番号は
・保険証(R6.12.1以前発行)
・資格確認書
・資格情報のお知らせ
・マイナポータル
のいずれからご確認ください。

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。

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。

被保険者証		氏名		生年月日	
2170002321		ニッシン タロウ		1 61 01 22	
氏名 (カタカナ)		氏名			
日清 太郎		日清 太郎			
郵便番号 (ハイフン除く)		電話番号 (左づめハイフン除く)			
10500000		090XXXXXXX			
住所		東京 港区 1-1 △△マンション101			
氏名 (カタカナ)		氏名			
ニッシン タロウ		ニッシン タロウ			
生年月日		1 61 01 22			
疾病名		2			
上記被保険者		上記被保険者			
郵便番号 (ハイフン除く)		電話番号 (左づめハイフン除く)			
10200000		03XXXXXX			
住所		東京 新宿区 1-1			
宛名		株式会社 ○○○○○○○○ 総務部 ○○△△			
医師の証明欄		医師の証明欄			
医療機関の所在地		医療機関の名称		医師の氏名	
東京都品川区 △△ 1-1		〇〇総合病院		保険 五郎	
電話番号		03-XXXX-XXXX			

※医療機関の受付番号が4桁の場合は、被保険者のマイナ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