

高額な治療が長期間必要な厚生労働大臣が定める疾病（特定疾病）で治療を受ける場合は、「特定疾病療養受療証」を「健康保険証」と共に提示すると、医療機関における自己負担が1ヵ月10,000円ですみます。（70歳未満の標準報酬月額53万円以上の被保険者及びその被扶養者が人工透析を受ける場合の自己負担限度額は20,000円）「特定疾病療養受療証」の発効日は健康保険組合へ申請のあった月の初日になりますので、該当の場合は、申請書に医師の意見を受け速やかに提出してください。

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

医療機関等より入手した申請書をご提出いただいても結構です。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	健康保険の	記号	9999	番号	999999	事業所	〇〇株式会社	
	被保険者の	氏名	鐘化 健保	生年月日	昭和 平成 令和	「特定疾病療養受療証」は、健康保険組合へ申請のあった月の初日（新たに被保険者及び被扶養者資格取得の場合は、資格を取得した日）から適用されます。		
	認定対象者の	氏名	鐘化 保険	生年月日	昭和 平成 令和	58年 7月 7日	続柄	妻
		住所	〒 999-9999 〇〇県〇〇市〇〇町1-2- 電話番号 345-678-901		「特定疾病療養受療証」の交付対象となる方についてご記入ください。			
疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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感染症を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）							
備考欄	被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 （マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。） マイナンバー記載の場合は、別途確認書類のご提出が必要になりますのでご注意ください。							

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。						
	令和 7年 3月 15日						
	医療機関の	名称	〇〇市立病院				
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇3-				
		電話番号	888-888-888				
	医師の氏名	健保 組子					
こちら（青字部分）に医師の意見を記入していただください。							

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	上記のとおり申請します。						
	令和 7年 4月 15日						
	被保険者	住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 マンション〇〇				
	氏名	鐘化 健保					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します（委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ）。 事業主経由で提出する場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックが必要です。							

健康保険組合記入欄	受付日	令和 年 月 日	発効日	令和 年 月 日
-----------	-----	----------	-----	----------