

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示は不要となり、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。

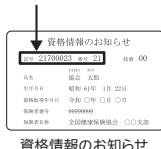
※オンライン資格確認を導入していない医療機関等で受診される場合や、協会けんぽにマイナンバーの登録が行われていない場合は、特定疾病療養受療証を医療機関等の窓口へ提示いただく必要があります。

次ページに記入例があります。➡

特定疾病療養受療証 交付申請書

- ・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、訂正箇所を読み取りができないように塗り潰し、欄外に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。

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。

④⑤の両方を本人確認書類貼付台紙(※)に、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

① 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、被保険者のマイナンバーが記載された住民票か住民票記載事項証明書

(※) 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。

なお、代理人（被保険者より委任状等を受け取っている方や法定代理人）が申請される場合は、代理権の確認、代理人の身元確認が必要になります。詳しくは、協会けんぽのホームページをご覧ください。

上記、添付書類は行政
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
等に定められています。

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。										
記号・番号 2 1 7 0 0 0 2 3		生年月日 1 6 1 0 1 2 2		個人番号 1 0 5 0 0 0 0						
氏名 キョウカイ タロウ		氏名 協会 太郎								
郵便番号 1 0 5 0 0 0 0		電話番号 0 9 0 × × × × × × × × ×								
住所 東京 港区 1-1 △△マンション101		氏名 キョウカイ タロウ								
生年月日 1 6 1 0 1 2 2		氏名 キョウカイ タロウ								
疾病名 2		郵便番号 1 0 2 0 0 0 0								
住所 東京 新宿区 1-1		電話番号 0 3 × × × × × × × × ×								
宛名 株式会社 総務部		氏名 キョウカイ タロウ								
医師の証明欄 東京都品川区 △△ 1-1		氏名 キョウカイ タロウ								
医師の氏名 保険 五郎		氏名 キョウカイ タロウ								
電話番号 03-××××-××××		氏名 キョウカイ タロウ								
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄		以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。								
MN確認 2 3 0 1 1 3 0 3		診断書 協会使用欄は記入不要です。								
同時申請 2 3 0 1 1 3 0 3		診断書 協会使用欄は記入不要です。								
収入印紙 2 3 0 1 1 3 0 3		収入印紙 2 3 0 1 1 3 0 3								

3 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。

5 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す場合もこの送付先に送付します。

4 療養する方の氏名(カタカナ)、生年月日をご記入ください。

6 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。