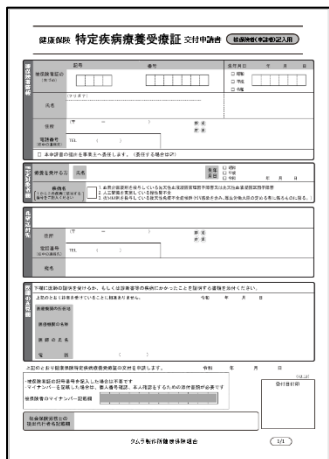


健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 記入の手引き

特定疾病にかかる自己負担の軽減措置を受けるときにご記入ください。

申請書は1枚です。
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。

申請書の医師の意見欄に証明を受けられない場合：
特定疾病に関する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（診断書等）を添付してください。

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、発効期日から有効となります。
※発効期日は申請月の初日（健康保険加入月の場合は資格取得日）となります。

ご提出・お問合せ先

次ページに記入例があります。➡



〒178-8511 東京都練馬区東大泉1-19-43
TEL 03-3978-2083 FAX 03-3978-2086

タムラ製作所健保

検索

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

被保険者情報

被保険者証の
(お名前) 記号 番号 生年月日 年 月 日

氏名 (フリガナ) ケンゴウ タロウ
(自署) 健康 二郎

住所 (〒 178 - 1234) 東京 練馬区西大塚 5 - 4 - 3

電話番号 TEL 03 (0000) ΔΔΔΔ

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

②

認定対象者情報

療養を受ける方 氏名 健康 二郎 生年 月日 昭和 平成 令和 57 年 9 月 17 日

疾病名 1. 血漿分画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. 人工腎臓を装着している慢性腎不全
3. 抗HIV剤を投与している慢性免疫不全症候群(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。)

③

希望送付先

タムラS/S東京事業所 □入間事業所 □児玉工場 □狭山事業所 □坂戸事業所 □若柳 □会津
□上記被保険者情報に記載した住所に送付 ※それ以外に送付を希望する場合は下記↓にご記入ください。

住所 (〒) 都道府県 ()

電話番号 TEL ()

宛名

医師の意見情報

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。 令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

電話

医師記入欄

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。 令和 X 年 11 月 11 日

被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
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

被保険者のマイナンバー記載欄

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄


(R2.12) 交付日付印

タムラ製作所健康保険組合 1/1

記入漏れや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- ①

記号・番号は被保険者証に記載されています。



- ②

希望送付先

自宅での受け取りが出来ない場合などにご記入ください。

- ③

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。本人確認をするための添付書類は通知カードのコピーや、個人番号が記載された住民票の写し等の添付が必要となります。