

# 特定疾病療養受療証交付申請書 等について

## 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

1 被保険者情報	被保険者証	記号 100	番号 〇〇〇〇〇	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(123)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ	健保 太郎	生年月日	昭和 平成 60年 5月 20日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室 電話 03 ( 9876 ) 5432			
	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp			
2 認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ ケンポ ハナコ	健保 花子	生年月日	昭和 平成 令和 62年 12月 12日
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室			
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 03 (〇〇〇〇)〇〇〇〇	続柄	妻	
	疾病名 (該当に○)	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			
3 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	この欄は医師に記入を依頼してください			医師名

備考	個人番号（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要）
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

上記のとおり申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

4

被保険者氏名 健保 太郎

受付日付印

フィリップス・ジャパン健康保険組合 理事長 殿

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提出ください。

## 記入について

- ① 被保険者の記号番号、氏名、住所等を記入してください。
- ② 認定対象者（軽減措置を受ける方）の氏名、生年月日等を記入してください。
- ③ 療養を担当している医師に意見と証明を依頼してください。
- ④ 申請日と被保険者氏名の記入、押印してください。

## 特定疾病にかかる自己負担額

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2万円になります。

## ご注意ください

特定疾病の軽減措置は健康保険組合の認定をうけることにより該当し、発効期日から有効となりますので認定を受ける場合はお早めに申請書を提出してください。

## 提出先・お問い合わせ先

フィリップス・ジャパン健康保険組合  
〒151-0051  
東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト8階  
TEL 03-6384-2270  
info@philips-kenpo.com