

添付書類	なし
------	----

【記入項目の説明】

番号	項目名	説明
①	健康保険の資格情報 所属またはグループ会社名	健康保険の資格情報を記入する。 健康保険の記号番号は、以下のいずれかで確認し記入する。 1. 「マイナポータル」の健康保険証の資格情報 2. 「資格情報のお知らせ」 3. 「資格確認書」（交付対象者のみ） 被保険者の所属 部、支社（営業オフィス）、グループ会社名を記入する。
②	被保険者記入欄	被保険者は従業員本人を記入する。 認定対象者の氏名・続柄・住所を記入する。 疾病名はいずれかを○で囲む。
③	医師の意見欄	②を記入後、主治医に証明してもらう。
④	被保険者記入欄	本人が記入する。

【人工透析治療を必要とする慢性腎不全の場合の自己負担限度額】

（※「血友病」「抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群」の場合は全員1万円）

被保険者の年齢	被保険者の標準報酬月額	自己負担限度額
70歳未満	53万円以上	2万円
	53万円未満	1万円
70歳以上	—	1万円

収入によって自己負担限度額が決められています。

【特定疾病療養受療証 見本】

健康保険特定疾病療養受療証			
令和 ×× 年 × 月 ×× 日交付			
認定疾病名	人工透析を行う必要のある慢性腎不全		
受診者	氏名及び生年月日	被保険者本人 年 月 日生	
	住所		
被保険者	記号	2×××	番号 10×××××
	氏名及び生年月日	第一 花子 昭和 ×× 年 × 月 × 日生	
		女	
自己負担限度額	10,000円		
発効期日	令和×年 ××月 ×日から有効		
保険者名及び印	東京都▲▲▲▲ 06130660 第一生命健康保険組合 印		

マイナ保険証利用の方への交付はありません。

マイナ保険証をお持ちでない方には申請書が受理されると、健康保険組合から後日、左図のような受療証を送付します。

資格確認書と一緒に医療機関の窓口へご提示願います。

退職など資格喪失する場合は、有効期限内の資格確認書と合わせて受療証も健保組合へ返却となります。