

適用 申請書名	特定疾病療養受療証交付申請書
目的	◇特定疾病に指定された「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」「人工透析治療を必要とする慢性腎不全」の患者は、療養の期間が長く高額な医療費となるため、自己負担限度額の軽減が図られている。 ◇本申請により「健康保険特定疾病療養受療証」が発行されるため、窓口で健康保険証と一緒に提示する。
提出締切	◇随時 なお、 健保組合到着日の属する月の1日が発効期日となる。

【記入見本】

【第一生命従業員(キャリアローテーション者含む)】DN総務事務センター経由・【第一生命以外グループ会社従業員】各社総務経由
第一生命健康保険組合 御中

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

1	健康保険被保険者証	所属またはグループ会社名(任意継続・特例退職者は記入不要)
記号	2 × × × × 番号 1 0 × × × × × ×	○ × 部 支社 課 会社 営業オフィス

2	被保険者の氏名	第一 花子		
	生年月日	昭和・平成・令和 ×年 ××月 ×日		
被 保 険 者 記 入 欄	認定対象者の氏名	第一 花子	被保険者 との続柄	本人
	生年月日	昭和・平成・令和 ×年 ××月 ×日		
	認定対象者の住所	〒 ×××-×××× 〇〇県〇〇市〇〇××1-1-△		
	疾病名 (該当に○をつける)	① 血友病 ② 人工透析治療を行な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		

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 ××年 ×月 ×日
	医療機関の 名称	〇×総合病院
	所在地	〇〇県〇〇市△△××2-3-△
	医師名	〇〇 ××

4	被保険者記入欄	上記のとおり申請します 第一生命健康保険組合理事長殿 令和 ××年 ×月 ×日
	被保険者の 住所	〇〇県〇〇市〇〇××1-1-△
	氏名	第一 花子

(注) 1. 発効期日は健康保険組合到着日の属する月の1日になります
2. 資格喪失した場合は「特定疾病療養受療証」を健康保険組合宛ご返却ください

健 保 組 合	処理欄	常務理事	事務長	担当	検算	月額	自己負担限度額	証送付年月日	入力年月日
						千円	1万円 2万円		

**※発効期日は健康保険組合到着日の属する月の1日になります。
(例：健保到着日が3月31日であれば3月1日から有効)**

添付書類	なし
------	----

【記入項目の説明】

番号	項目名	説明
①	被保険者証の記号番号 所属またはグループ会社名	健康保険証の記号番号を記入する。 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	
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 03 (3216) 1211		

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。

健康保険証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、保険証と合わせて受療証も健保組合へ返却となります。